

# KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

## SOSIAALI- JA TERVEYSALA

### ”KÄYMME KUNTOUTUKSESSA ITSEÄMME VARTEN”

Informaatiolehtinen Haaparannan terveystieteiden sydäntautitietäjille

Opinnäyteyö

Marjo Lahdenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

KEMI 2011

## TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan koulutusyksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

MARJO LAHDENRANTA

”KÄYMMME KUNTOUTUKSESSA ITSEÄMME VARTEN”

Informaatiolehtinen Haaparannan terveystieteiden sydänkuntoutujille

Opinnäytetyö, 38 sivua ja 2 liitteitä

Ohjaajat: Hannele Paloranta ja Ritva Jalosalmi

26.8.2011

---

Asiasanat: Sepelvaltimotauti, elämäntapamuutos, moniammatillisuus, terveysviestintä.

Sepelvaltimosairaus on merkittävä kansansairaus länsimaailmassa. Sairaus on yleisempi iäkkäillä, mutta puolet potilaista on alle 65-vuotiaita. Miehiä kuolee sepelvaltimotautiin ennen 65 vuoden ikää kolme kertaa enemmän kuin naisia. Ennen vaihdevuosiä oleva estrogeenituotanto suojaa naista, mutta vanhemmiten sukupuolierot tasoittuvat.

Sydäntautipotilaan kuntoutus ja elämäntapamuutosten tekeminen vaikuttavat merkittävästi potilaan arkeen hänen loppuelämänsä ajan. Potilas itse voi vaikuttaa siihen, kuinka täysipainoista elämää hän pystyy elämään.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisenä projektina yhteistyössä Haaparannan terveystieteiden fysioterapeuttien kanssa. Projektin tarkoituksena oli tuottaa konkreettinen ja selkeä suomenkielinen informaatiolehtinen Haaparannan terveystieteiden fyysiseen sydänkuntoutusryhmään tuleville uusille potilaille. Projektin tavoitteena oli informaatiolehden avulla antaa potilaille tietoa ja helpottaa heitä muistamaan fyysisen ohjatun sydänkuntoutuksen yhteyteen liittyviä olennaisia asioita sekä näin auttaa heitä keskittymään kuntoutumiseensa.

Projektin tuloksena syntyi Haaparannan terveystieteiden sydänkuntoutujille informaatiolehden muodossa tehty tietopaketti, johon oli onnistuttu keräämään etukäteen suunnitellut asiat. Sydänkuntoutusryhmän tauolle laittamisen vuoksi informaatiolehtistä ei toistaiseksi kuitenkaan voitu viedä käytäntöön, vaan se tallennettiin sähköisessä muodossa kuntoutusryhmän fysioterapeuttien tiedostoihin, josta se tulevaisuudessa oli helppo päivittää uusiin haasteisiin.

Yhdeksi tärkeäksi jatkotutkimushaasteeksi nousi sydäntautipotilaan kuntoutumiseen vaikuttava vertaistuen merkitys. Mielestäni sen tarpeellisuus nousi esille miettiessäni potilaiden halua ohjatun fyysisen kuntoutuksen lopettamisen jälkeiseen seurantaan.

## ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Unit of Social Services and Health Care

Degree Program in Nursing

Registered Nurse

MARJO LAHDENRANTA

"We go to the rehabilitation for ourselves"

Information Leaflet for the Haparanda Health Care Center's  
Heart Rehabilitation Patients.

Bachelor's thesis, 38 pages and 2 appendices

Advisors: Hannele Paloranta and Ritva Jalosalmi

26.8.2011

---

Keywords: Coronary heart disease, change of lifestyle, multi-professionality, health communication.

Coronary heart disease is a significant national disease in the western world. This disease is more common among the older people but half of the patients are under 65 years of age. Three times more men die of coronary artery disease than women. The women have a better protection against this disease due to the production of the estrogen before the menopause. Differences between the sexes moderate in later life.

Heart disease patient rehabilitation and lifestyle changes make a significant impact on the patient's everyday life during the rest of his/her life. The patient him/herself can affect how full life, he/she will be able to live.

This thesis was implemented as a work related project in collaboration with the Haparanda health care center physiotherapists. The purpose for this project was to produce a concrete and clear information leaflet in Finnish for the future, new patients of Haparanda health care center physical rehabilitation cardiac healthcare group. The goal of the project was, by providing this leaflet, to give information to the patients and help them remember the essential issues related to guided physical cardiac rehabilitation and thus help them to focus on their rehabilitation.

As a result of this project Haparanda health care center's cardiac rehabilitation patients got an information leaflet, which is containing all pre-designed issues. Because the cardiac rehabilitation group operation is currently on hold, it wasn't possible to introduce the leaflet at this time, but it has been saved electronically in the physiotherapist's rehabilitation group files, which can be easily updated for the future challenges.

One of the important future research topics could be the significance of peer support in the rehabilitation of heart disease patients. In my opinion, the need for it came up, while thinking the patients' willingness to the follow up process after his/her rehabilitation has been completed.

## SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO.....	5
2 SYDÄMEN RAKENNE JA TOIMINTA SEKÄ VERENKIERTO.....	7
2.1 Sydän .....	7
2.2 Sydämen verenkierto .....	10
3 SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAS .....	11
3.1 Sepelvaltimotauti.....	11
3.2 Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutus, hoito ja ohjaus.....	13
4 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ.....	18
5 TERVEYSViestintä .....	21
5.1 Terveysviestinnän määrittäystä .....	21
5.2 Voimavarakeskeinen terveysneuvonta .....	22
6 PROJEKTIN VAIHEET .....	24
6.1 Projektin lähtökohta, tavoite ja tarkoitus.....	24
6.2 Projektin liittymät, rajaus ja organisointi .....	26
6.3 Projektin toteuttamisen ja työskentelyn kuvaus .....	27
6.4 Projektin prosessin ja tuotoksen arviointi.....	30
7 POHDINTA.....	33
7.1 Eettisyys ja luotettavuus .....	33
7.2 Yleispohdinta.....	34
LÄHTEET .....	39
LIITTEET .....	46

## 1 JOHDANTO

Ruotsissa Norrbottenin 14 läänissä asuu reilut 250 000 asukasta. Suurin osa heistä on ikäihmisiä. Näistä asukkaista noin 1000 saa vuosittain sydäninfarktidiagnoosin. (Entrepreneur Centrum Norrbotten.) Sydäninfarktin hoidossa fyysinen kuntoutus katsotaan tärkeäksi, koska sen on todettu vähentävän sydänperäisiä kuolemia noin 26 %. Lisäksi terveys-ekonomiset tutkimukset ovat osoittaneet, että sydänpotilaan kuntoutus on myös taloudellisesti kannattavaa. (Norrbottens Läns Landsting 2009.)

Fyysinen kuntoutus yhdistettynä lääkehoitoon vaikuttaa sydän - ja verisuonisairauksiin normalisoimalla korkeaa verensokeria, parantamalla veren rasva-arvoprofiilia, vähentämällä sekä verisuonten rasvoittumista että stressihormonitasoa. Lisäksi fyysinen kuntoutus on hyvä apu painonhallintaan, vaikuttaen positiivisesti myös mielialaan ja elämänlaatuun. (Bergström, Jonsson, Lindström, Stålnacke, Vidtfelt & Öberg 2009, 1; Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Yli-Mäyry 2008,78; Turku 2007, 14.)

Työelämälähtöinen opinnäytetyön aihe löytyi oman työni kautta. Olen sairaanhoitajana Haaparannan terveyskeskuksen vastaanottotyössä, ja työnkuvaani kuuluu vastaanotto-työn lisäksi sydänkuntoutusryhmän kuntoutuksessa mukana oleminen. Yhdessä sydänkuntoutusryhmän fysioterapeuttien kanssa olimme tunnistaneet muutostarpeen Haaparannan terveyskeskuksen sydänkuntoutusryhmän toiminnassa. Ryhmän käytössä oli sisällöltään vanhentunut ruotsinkielinen informaatiolehtinen, joka tarvitsi uudistusta. Valtaosa nykyisistä potilaistamme on nyt suomea äidinkielenään puhuvia, joten tämän projektin tarkoituksena on tuottaa konkreettinen ja selkeä suomenkielinen informaatiolehtinen Haaparannan terveyskeskuksen fyysiseen sydänkuntoutusryhmään tuleville uusille potilaille. Potilaat tulevat ohjattuun ryhmäkuntoutukseen sairaalavaiheen jälkeen. Haaparannan terveyskeskuksen järjestämä sydänpotilaiden ryhmäkuntoutus koostuu yksilöllisesti suunnitellusta intervalliharjoittelusta, jossa sydäntä kuormittavat vaiheet ja sykkeen palautumisvaiheet vuorottelevat. Kuntoutuskerran lopuksi suoritetaan aina rentoutus, jotta syke tasaantuu ja sydän pääsee lepotasoon. (Norrbottens Läns Landsting 2009.)

Projektin tavoitteena on informaatiolehtisen avulla antaa potilaille tietoa ja helpottaa heitä muistamaan fyysisen ohjatun sydänkuntoutuksen yhteyteen liittyviä olennaisista

asioista sekä näin auttaa heitä keskittymään kuntoutumiseensa. On tärkeää muistaa, että kirjallisissa tiedotteissa on yhtä tärkeää se, mitä sanotaan, kuin miten sanotaan (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 11, 15- 16).

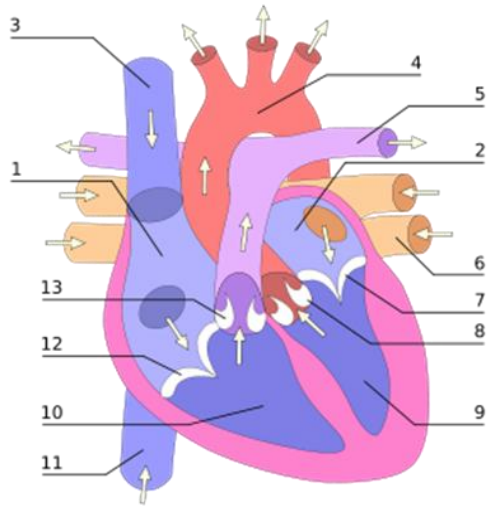
Tutkimukset osoittavat, että sairastumisriskinsä suureksi kokevat yksilöt ovat motivoituneita elintapamuutoksiin, mutta muutoksen toteuttamisessa he tarvitsevat ohjausta ja tukea (Järvi 2010). Haaparannan terveystieteiden toimiva sepelvaltimotautipotilaiden ohjattu liikunnallinen kuntoutusryhmä on tarkoitettu sydäninfarktin, ohitusleikkauksen, pallolaajennuksen tai liuotushoidon jälkeiseen kuntoutumiseen, joka edellyttää fysioterapeutin antamaa ohjausta. Tavoitteena ryhmäohjauksessa sydänkuntoutuksessa on muun muassa parantaa potilaan toimintakykyä ja selviytymistä sekä antaa hänelle vertaistukea samanlaisessa elämäntilanteessa olevilta. (Mäkijärvi ym. 2008, 154 – 155.) Tässä työssä ryhmällä tarkoitetaan potilasryhmää, jolla kaikilla on yhteinen tavoite. Ryhmässä potilaat voivat vahvistaa omaa itsetuntoaan ja saada sosiaalista tukea, mikä tulee vaikuttamaan positiivisesti potilaan toipumiseen. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 86.) Potilaalla tässä työssä tarkoitetaan henkilöä, joka terveyden tai sairaudentilansa vuoksi käyttää palvelua, jota antaa terveydenhuollon ammattihenkilö tai jota annetaan terveydenhuollon ammattiyksikössä (Lohiniva-Kerkelä 2004, 26).

Projektiorganisaatio määräytyy tehtävien mukaan (Karlsson ym. 2001, 128). Tässä työssä organisaatioon kuuluvat ammattikorkeakoulututkinnoksi opintojaan päivittävä sairaanhoitaja Marjo Lahdenranta, konsultaatioapunaan Haaparannan terveystieteiden sydänkuntoutujien fysioterapeutit Eila Eriksson ja Jan Härkönen, nämä kolme vastaavat projektityöryhmästä. Ohjaajina opinnäytetyössä toimivat Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun lehtorit Hannele Paloranta ja Ritva Jalosalmi. Projektin asettaja on Haaparannan terveystieteiden keskus, työyhteisön edustaja on terveystieteiden keskuksen johtaja Elisabet Spolander- Merefält.

## 2 SYDÄMEN RAKENNE JA TOIMINTA SEKÄ VERENKIERTO

### 2.1 Sydän

Sydän on elämän keskus. Ilman toimivaa sydäntä elossa pysyminen on mahdollista vain muutamien minuuttien ajan. Suurin osa sydäimestä sijaitsee rintalastan vasemmalla puolella, noin kolmasosa sen oikealla puolella. Sydän on omistajansa nyrkin kokoinen. Aikuisen terve sydän painaa noin 300- 350 g. Levossa terve sydän pumppaa elimistöön noin viisi litraa verta minuutissa, noin 30 miljoonan kerran vuosivauhdilla. Sydän voi lisätä kuormitustilanteessa pumppausvoimaansa moninkertaiseksi, sydänsairauksissa normaali toiminta on kuitenkin häiriintynyt. Sydämen toiminta voi häiriintyä muun muassa rytmihäiriöiden, hapenpuutteen tai pumppaustoiminnan häiriön seurauksena. Yleisimpiä sydämen pumppaustoiminnan häiriön aiheuttajia on sepelvaltimotaudin aiheuttama sydäninfarkti. Sydämen rakenne on esitelty kuvassa 1. (Mustajoki, 2009; Mäkijärvi ym. 2008, 8,19; Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2004, 186- 187; Så fungerar hjärtat.)



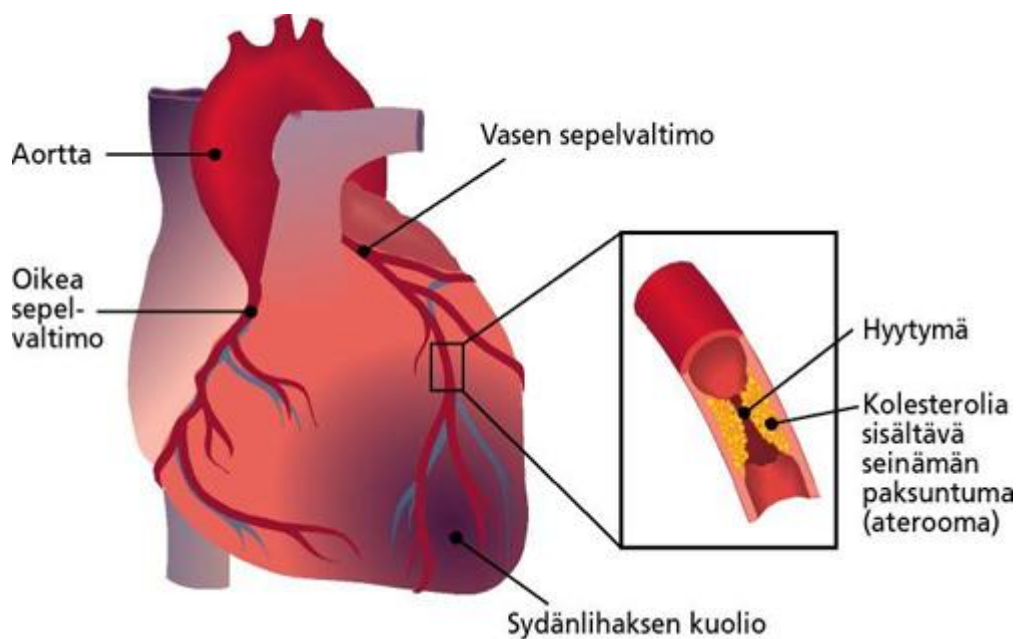
1. Oikea eteinen
2. Vasen eteinen
3. Yläonttolaskimo
4. Aortta
5. Keuhkovaltimo (keuhkovaltimorunko haarautuu oikeaksi ja vasemmaksi keuhkovaltimoksi)
6. Keuhkolaskimo (molemmista keuhkoista tulee kaksi laskimoa)
7. Hiippa- eli mitraaliläppä
8. Aorttaläppä
9. Vasen kammio
10. Oikea kammio
11. Alaonttolaskimo
12. Kolmipurje- eli trikuspidaaliläppä
13. Keuhkovaltimon läppä

Kuva 1. Sydämen rakenne (Sydän.)

Sydämessä on neljä lokeroa. Ylemmät lokerot ovat eteisiä ja alemmat lokerot kammioita. Eteisten ja kammioiden välissä on läpät, jotka estävät veren takaisin virtauksen sydämen pumpatessa. Kaksi oikean puolen lokeroa, oikea eteinen ja kammio, pumppaavat verta sydäimestä keuhkoihin, joissa verisolut sitovat itseensä happea elimistöstä kuljetettujen kuona-ainekaasujen tilalle (kuva 1). Tuore hapettunut veri palaa sydämen vasemalla oleviin vasempaan eteiseen ja kammioon, jotka sitten pumppaavat sen muualle elimistöön (Suomen Sydänliitto ry).



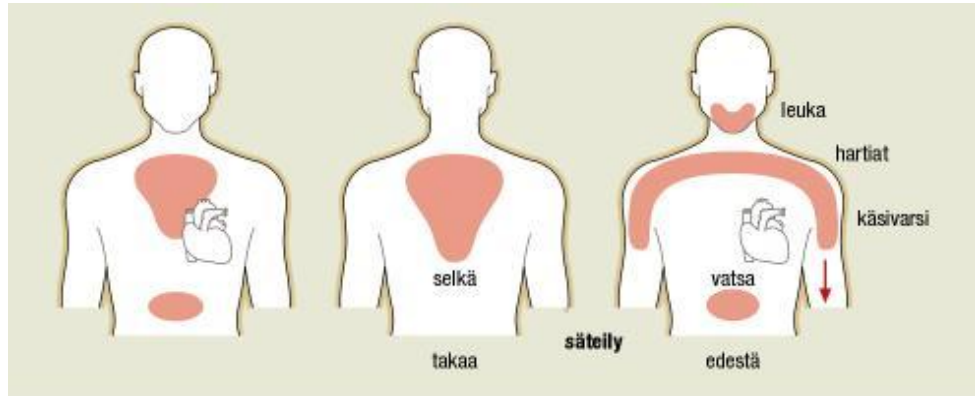
Sydämessä on myös neljä läppää. Niiden tehtävänä on estää veren virtaus väärään suuntaan. Oikean eteisen ja kammion välissä on oikea eteis-kammioläppä, nimeltään trikuspidaalili- eli kolmiliuskaläppä, ja vasemman eteisen ja kammion välissä hiippaläppä eli mitraaliläppä. Oikean kammion ja keuhkovaltimon välissä on keuhkovaltimoläppä, vasemman kammion ja aortan välissä aorttaläppä. Eteis-kammioläpät ovat tyypiltään purjeläppiä ja kammio-valtimoläpät taskuläppiä. Purjeläppien vapaat reunat ovat jännerihmoilla kiinni kammion sisällä olevissa nystylihaksissa (kuva 1). Läpät toimivat passiivisesti paineolosuhteiden mukaan. Nystylihasten supistuminen kammioiden supistuessa estää purjeläppiä kääntymästä väärään suuntaan. (Nienstedt ym.2004, 191- 192.)



Kuva 2. Sepelvaltimot haarautuvat aortan tyvestä. Niiden tehtävänä on kuljettaa happea ja ravintoa sydänlihakselle. Sepelvaltimossa oleva ahtauma heikentää verenvirtausta, jonka seurauksena sydänlihas ei saa riittävästi happea ja voi mennä kuolioon. (Mustajoki 2010.)

Sydän on ontto voimakas lihas. Se vie kudoksiin happea ja ravinteita ja kerää kuona-aineita poistettaviksi. Tämän tehtävän suorittamiseen sydän tarvitsee oman hapensaannin ja verenkierron, josta huolehtivat sepelvaltimot. Sepelvaltimoita on kaksi, vasen ja oikea. Ne lähtevät aortan tyvestä ja haarautuvat kolmeen päähaaraan. Sepelvaltimot kulkevat sydänlihaksen pinnalla ja haaroittuvat yhä pienemmiksi hiussuoniksi sydänlihaksen ympärille (kuva 2). Yleensä vain yksi tai muutama kohta sepelvaltimosta ahtautuu, mutta se riittää aiheuttamaan verenkierron häiriintymisen ja hapenpuutteen osassa

sydänlihasta (kuva 3). (Mustajoki 2010; Så fungerar hjärtat.; Nienstedt ym. 2004, 186-187.)



Kuva 3. Tyypillinen kivun sijainti sepelvaltimotaudin rintakivussa

Kuvassa vasemmalla on esitetty puristavan rintakivun alue, keskellä kivun säteily selän alueella ja oikealla kivun säteily leukaan, hartioihin, käsivarsiin ja ylävatsaan (Mäkijärvi ym. 2008, 39).

## 2.2 Sydämen verenkierto

Sydänlihaksen hapensaannista ja energia-aineenvaihdunnasta huolehtiminen on sepelvaltimo- eli koronaariverenkierron tärkein tehtävä. Verenkierron ylläpitämiseksi valtimoissa tarvitaan normaali verenpaine. Verenkiertojärjestelmään kuuluu sydämen lisäksi keuhkot, valtimot, laskimot ja hiussuonisto. Valtimot eli arteriat ovat verisuonia, joiden kautta sydän pumppaa hapekkaan veren kaikkialle elimistöön. Laskimot eli venat taas kuljettavat veren elimistöstä takaisin sydämeen. Valtimoita ja laskimoita yhdistää joukko pieniä verisuonia, joita kutsutaan kapillaari- eli hiussuoniksi, ja niissä tapahtuu verenkierron varsinainen tehtävä. Hiussuonten ohuiden seinämien kautta happi ja muut elintärkeitä aineet pääsevät kudoksiin. (Mustajoki 2010; Mäkijärvi ym. 2008, 19, 31,33; Sydäninfarktin synty 2007.)

Verenkierto on järjestäytynyt kahteen kiertoon. Sydämen vasen kammio pumppaa veren ääreisverenkiertoon eli suureen verenkiertoon, josta veri palautuu laskimoiden kautta sydämen oikeaan eteiseen ja edelleen oikeaan kammioon. Sieltä se pumpataan keuhko-

verenkiertoon eli pieneen verenkiertoon. Pienessä verenkierrossa veri kiertää keuhkovaltimoiden, keuhkorakkuloiden pinnalla olevien hiussuonten ja keuhkolaskimoiden kautta sydämen vasempaan eteiseen. Valtimoverenkierto kuljettaa sydämen pumppaaman veren avulla kudoksiin niiden tarvitsevan hapen ja muut energia- ja rakennusaineet. Laskimoverenkierto kuljettaa aineenvaihdunnan tuottaman hiilidioksidin ja muut haitta- ja jäteaineet pois soluista. (Mäkijärvi ym. 2008, 21.)

Sepelvaltimoverenkierron yksi keskeinen tehtävä on sydänlihaksen hapensaannin turvaaminen. Levossa sydänlihas kuluttaa happea noin 8-10 ml minuutissa sataa kudogrammaa kohti. Kuormituksessa verenvirtaus voi lisääntyä jopa 4-6-kertaiseksi. Tällä on merkitystä sepelvaltimoita ahtauttavan sepelvaltimotaudin kehittymisessä. Verenvirtauksen on lisäännättävä, koska hapentarpeen kasvaessa hapenottoa sydämessä ei voi lisätä. (Mäkijärvi ym. 2008, 33.)

### 3 SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAS

#### 3.1 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimo- eli koronaaritauti on länsimaiden yleisin verenkiertoelinten sairaus. Se on vakava kansanterveydellinen ongelma sen sairastavuuden ja kuolleisuuden vähenemisestä huolimatta. Sepelvaltimotauti on nykyisin yhä iäkkäämpien tauti, näin myös Pohjois-Ruotsissa, Norrbottenin läänissä. 250 000:sta Norrbottenin asukkaasta suuriin osa on ikäihmisiä. Näistä noin 1000 asukasta saa sydäninfarktidiagnoosin vuosittain. Nuoremmissa ikäluokassa sairastuneisuuden ja kuolleisuuden vähenemisen taustalla ovat positiiviset muutokset primaarisissa riskitekijöissä. (Entreprenör Centrum Norrbotten.) Eli on todettu, että elämäntavoilla ja niihin liittyvillä vaaratekijöillä, esimerkiksi tupakkoinnilla, ylipainolla, korkealla verenpaineella ja vähäisellä liikunnalla on keskeinen osuus sepelvaltimotaudin kehittymiseen. (Hoitoketju 1999, 3, 7.)

Sepelvaltimotauti on sydämen omien valtimoiden sairaus, joka johtuu sydänlihaksen hapensaannista ja ravitsemuksesta huolehtivien sepelvaltimoiden ahtautumisesta. Ahtautumisen syynä on valtimoiden kovettuminen, joka vaurioittaa sepelvaltimoita ja näin häiritsee veren kulkua suonissa. (Kauppinen 2006, 44.) Tauti alkaa valtimoiden sisäpin-

taa verhoavasta ohuesta suonon sisäkalvosta, jonka alle alkaa kertyä pääasiassa veren kolesterolista peräisin olevaa materiaalia eli plakkaa. Kertyminen on hyvin hidasta ja voi alkaa jo nuoruudessa: miehillä noin 20 vuoden iässä, naisilla 10 vuotta myöhemmin. Vuosien kuluessa plakki kasvaa, pullistuu sisäänpäin ja alkaa ahtauttaa ja tukkia valtimoita muodostaen aterooman eli kolesterolia sisältävän seinämän paksuuntumisen (kuva 2). Sen seurauksena veren virtaus valtimossa heikkenee ja sydämen tietty osa alkaa kärsiä hapenpuutteesta. (Kauppinen 2006, 44.)

Mikäli sepelvaltimo on ahtautunut vain osittain, saattaa kipu, angina pectoris -oire, oirehtia vain kovemmassa rasituksessa. Oireita ilmaantuu vasta, kun suonon läpimitta on ahtautunut enemmän kuin 50 - 70 %. (Kauppinen 2006, 44; Mustajoki 2010.) Plakin ahtauttamissa suonissa ei veren virtaus pysty rasituksessa lisääntymään tarpeeksi syketason noustessa, vaan syntyy angina pectoris- eli rintakipua. Tavallisin oire on yleensä kipu keskellä rintaa laaja-alaisena ja ahdistavana, se voidaan kokea painontunteena tai puristavana. Kipu voi säteillä käsivarsiin, leukaperiin, selkään lapojen väliin tai ylävatsalle. Joskus kipu voidaan tuntea myös polttavana ylävatsan puolella (kuva 3). Yleensä kipu helpottuu levossa muutamassa minuutissa. (Mustajoki 2010, Suomen Sydänliitto ry 1995, 19; Nienstedt ym. 2004, 200; Persson ym. 2008, 55.)

Iäkkäillä ihmisillä, naisilla ja diabeetikoilla sydänoireet voivat olla epämääräisempiä ja poikkeavampia. Oireina voi olla hengenahdistusta, muljahduksia ja sydämen tykytyksiä, hengenahdistusta, poikkeavaa väsymystä, suorituskyvyn alenemista tai epämääräistä pahaa oloa. Joskus oireina voivat olla myös turvotus, heikotus, huimaus ja pyörtyminen sekä tajuttomuus. Valitettavasti noin 10 - 20 prosentilla miehistä sepelvaltimotaudin ensimmäinen oire on äkkikuolema. (Sepelvaltimotauti 2006; Suomen Sydänliitto ry 2006, 6.)

Sairaus voi yllättää kenet vain, milloin vain. Ihmisellä itsellään on vastuu omasta terveydestään ja elintavoistaan. Sepelvaltimotaudin aiheuttajia, joihin potilas itse voi vaikuttaa, ovat muun muassa tupakointi, korkea kolesteroliliini eli rasva-ainevaihdunnan häiriö, kohonnut verenpaine eli hypertonia, diabetes eli kohonnut verensokeritaso, ylipaino, liikunnan vähyys sekä alkoholin käyttö ja stressi. (Suomen Sydänliitto ry 2006, 8.) Näiden riskitekijöiden minimointi voi ennaltaehkäistä merkittävästi sepelvaltimotaudin etenemistä. Hankittujen sydänsairauksien kehittyminen voi kestää vuosia tai jopa vuosikymmeniä. Taudin hidas eteneminen toisaalta mahdollistaa taudin pahenemisen ehkäi-

syn myös iäkkäämpänä. (Mäkijärvi ym. 2008, 9-10.) Edellä mainittuihin riskitekijöihin puuttuminen ja elämäntapamuutoksiin ohjaaminen voidaan toteuttaa moniammatillisena yhteistyönä potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Samalla voidaan korottaa normaaliin arkeen liittyvien tekijöiden merkitys, esimerkiksi säänvaihteluiden merkitys, autolla ajaminen, stressi, saunominen, unen merkitys, hellyys ja sukupuolinen kanssakäyminen, suun ja hampaiden hoidon merkitys sekä rokotusten hyödyllisyys influenssa-aikana. (Suomen Sydänliitto ry 2006, 17.)

### 3.2 Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutus, hoito ja ohjaus

Sydänpotilaan kuntoutus on suunnitelmallista, kokonaisvaltaista ja moniammatillisesti toteutettua ohjelmaa potilaan mahdollisimman hyvän fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn toipumisen edistämiseksi. Kuntoutusohjelmaan kuuluu muun muassa fyysinen ohjattu säännöllinen harjoittelu, henkinen tuki, ravitsemusneuvonta ja muu tarvittava elämäntapaohjaus. Elämäntapaohjauksella, joka on tärkeä osa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, tarkoitetaan elämäntapojen muuttamista terveellisemmäksi. Askeleet, joilla elämänlaatua saadaan paremmaksi, ovat pieniä mutta tärkeitä. Sydänkuntoutus sisältää riskitekijöiden tehokkaan hoidon, muun muassa tupakoinnin lopettamisen tukemisen ja ohjauksen, kohonneen verenpaineen ja kolesterolin hoidon, diabeteksen hoidon, ylipainoon puuttumisen, painon kurissa pitämisen ohjauksen, liikunnan ja liikumisen pariin ohjauksen sekä keskustelua stressin vaikutuksesta. Ihmisen oma aktiivinen osallistuminen oman terveyden hoitamiseen ja sairauksien ehkäisyyn sekä itsestä huolehtiminen mahdollisesti elintapoja muuttamalla on ensisijalla sepelvaltimotaudin hoidossa. Huomioitavaa on, että ikään, sukupuoleen ja perintötekijöihin ei voida vaikuttaa, mutta on tiedostettava, että omalla käyttäytymisellään otetaan vastuu itsestään ja omasta hyvinvoinnistaan. (Turku 2007, 15; Suomen Sydänliitto ry 2006, 8; American Heart Association.)

Jos elintapojen muutos yksistään ei auta, turvaudutaan lääkehoitoon tai operatiivisiin toimenpiteisiin. Joskus joudutaan turvautumaan näihin molempiin yhdessä. Taudin parantunut hoito ja kohtauksen jälkeinen sekundaaripreventio eli tässä tapauksessa lääkehoito ja kuntoutus ovat merkittäviä seikkoja. Etenkään sepelvaltimotautia sairastavilla sydänpotilailla ei voida vetää tarkkaa rajaa hoidon, kuntoutuksen ja sekundaariprevention välille, koska ne liittyvät läheisesti toisiinsa. (Hämäläinen ym. 2007, 19 -20; Lind-

gärde, Thulin & Östergren 2005, 83; Hämäläinen ym. 2008, 363- 364; Rantala & Virtanen 2008, 124, 254- 260.) Kun yhdistetään tehokas akuuttihoito, paras mahdollinen lääkehoito sekä tavoitteellinen ja moniammatillisesti suunniteltu ja toteutettu kuntoutusohjelma, saadaan sydänpotilaille parhaat mahdolliset hoitotulokset (Rantala & Virtanen 2008).

Sekundaaripreventiolla, jonka toteutuminen on aina myös keskeisenä tavoitteena sydänpotilaan kuntoutusohjelmissa, tarkoitetaan uuden sairaustapahtuman eli uuden infarktin riskin vähentämistä lähinnä lääkehoidon avulla (Kauppinen 2006, 50- 51). Lääkehoito nähdään itsehoitoa tukevana hoitomuotona, ei sitä korvaavana tai itsehoidon epäonnistumisen vaihtoehtona (Turku 2007, 16). Lääkehoidon tarkoituksena on lievittää sydänoireita, parantaa ennustetta, ehkäistä taudin etenemistä ja sydäninfarktin vaaraa, lisätä potilaan suorituskkyä ja kohottaa hänen elämänlaatuaan (Suomen Sydänliitto 2006, 13- 14).

Tavallisimmat sydäntautipotilaan käytössä olevat lääkkeet ovat esimerkiksi nitraatit, beetasalpaajat, kalsiumkanavasalpaajat, asetyylisalisyylihapo, varfariinit, diureetit, statiinit ja muut kolesterolilääkkeet. **Nitraatit** ehkäisevät rintakipua rentouttamalla verisuonten sileää lihasta laajentamalla suonin. Tällöin virtaus sepelvaltimoissa paranee ja sydänlihas saa paremmin happea. **Beetasalpaajat** lievittävät sepelvaltimotaudin oireita vähentämällä sydämen supistuvuutta ja hidastamalla sykettä. Ne ehkäisevät myös raskuudessa tulevia rytmihäiriöitä, alentavat verenpainetta ja vähentävät sydämen hapentarvetta. **Kalsiumkanavan salpaajat** hidastavat myös sydämen sykettä ja vähentävät sydänlihaksen hapentarvetta laajentamalla valtimoita ja näin ehkäisevät rintakipua. **Asetyylisalisyylihapo** eli aspiriini ehkäisee hyytymien synnyn sepelvaltimoihin. **Varfariini** on asetyylisalisyylihappoa tehokkaampi suun kautta otettava verenohennus- eli antikoagulaatiolääke. Se ei liuota jo muodostunutta tukosta, mutta estää tehokkaasti uuden hyytymän muodostumisen. **Diureetit** eli nesteenpoistolääkkeet, lisäävät natriumin ja nesteen poistumista elimistöstä, jolloin verisuonten vastus alenee, verenpaine laskee ja turvotukset vähenevät. **Statiinit** estävät kolesterolin syntymistä maksassa ja pienentävät siten veren kolesterolipitoisuutta. **Muita kolesterolilääkkeitä** ovat esimerkiksi etsetimibi, joka vähentää kolesterolin imeytymistä suoletta laskemalla näin kolesterolipitoisuutta. Fibraatteja käytetään, kun potilaalla on matala HDL-arvo eli hyvä kolesterolipitoisuus ja korkea triglyseridiarvo eli elimistön rasva-ainearvo, joka koostuu glyserolista ja rasvahapoista. Resiinit vaikuttavat suolessa sitomalla sappihappoja.

ACE-estäjät eli angiotensiinikonvetaasientsyymin estäjät ja AT- eli angiotensiinireseptorisaappaajat laajentavat valtimoita ja näin suojaavat sydäntä. Lisäksi ne alentavat verenpainetta. (Mäkijärvi ym. 2008, 322, 419; Suomen Sydänliitto 2006, 13- 14, 61; Verenpaineklinikka.)

Sepelvaltimotaudin ensisijaisena hoitona pidetään siis elintapojen muuttamista eli itsehoidon toteuttamista ja lääkehoitoa (Turku 2007, 14). Nämä yhdistämällä voidaan tautia hidastaa tai pysäyttää, mutta koskaan tautia ei voida kokonaan parantaa. Joskus sepelvaltimossa oleva ahtauma joudutaan korjaamaan liuotushoidolla, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksen avulla. (Suomen Sydänliitto 2006, 12.) Liuotus- eli trombolyytihoi-  
dolla tarkoitetaan valtimon tai laskimon tuoreen verihyytymän liuotusta suonensisäisen lääkeaineen avulla. Liuotushoito voidaan antaa nykyisin jo ambulanssissa. Hoidon tulokset ovat hyvät, jos liuotus voidaan aloittaa kahden tunnin sisällä rintakipujen alkamisesta, koska näin pystytään suojaamaan sydänlihaskaurioiden leviämistä ja poistaa sepelvaltimoa tukkivaa hyytymää. Uuden hyytymän syntymän ehkäisyssä annetaan potilaalle myös asetyylisalisyylihappolääkitys ja sydänlääkkeistä beetasalpaajaa ehkäisemään rytmihäiriöitä ja vähentämään sydämen hapentarvetta. (Kauppinen 2006, 48- 49; Mustajoki 2010; Kranskärslssjukdomar.) Aina trombolyytihoitoa ei kuitenkaan voida aloittaa, johtuen kontraindikaatioista eli vasta- aiheista. Trombolyytihoidon vakavin komplikaatio on verenvuoto, minkä vuoksi lääkärin tulee tarkoin harkita potilaan liuotushoidosta saama etu. (Kauppinen 2006, 49.)

Kun koronaariangiografiassa eli sepelvaltimoiden varjoainekuvauksissa on todettu sepelvaltimotaudin oireita aiheuttavia ahtaumia suhteellisen vähän, ne ovat pituudeltaan lyhyitä ja sijaitsevat niin, että niihin voidaan nivusvaltimoa pitkin viedä pallolaajennuskatetri, voidaan potilaalle tehdä pallolaajennus (PTCA, percutaneous transluminal coronary angioplasty). Pallolaajennuksessa suonen ahtautunut kohta avataan pumpattavalla pallolla. Usein tukkeutuneeseen kohtaan asennetaan lisäksi stentti eli metallinen tukiverkko pitämään suonta auki. Hoito on tehokas, turvallinen ja vähemmän potilasta kuormittava ja traumatisoiva kuin ohitusleikkaus. Pallolaajennusta varten tarvitaan yleensä lyhyt hoitajakso, usein vain vuorokausi sairaalassa riittää. Toimenpiteen jälkeen oireiden helpottaessa potilas voi palata normaaliin arkeen hyvinkin nopeasti. (Kauppinen 2006, 29; Näveri 2004, 13.)

Tänä päivänä pallolaajennuksen onnistumisprosentti on yli 90, kuolleisuus alle yhden prosentin ja Q-aaltoinfarktin eli EKG:ssä esiintyvän suuremmasta sydänlihaskivasta kertovan aallon esiintyvyys 1,5 prosenttia. Kirurgista hoitoa vaativia komplikaatioita tapahtuu alle yhdessä prosentissa toimenpiteistä. On mahdollista, että valtimo ahtautuu uudelleen noin puolenvuoden kuluessa, oireillen jälleen rintakipuna. Uusintatoimenpidettä samaan sepelvaltimon kohtaan tarvitsee kuitenkin tehdä harvoin. (Näveri 2004, 13; Suomen Sydänliitto ry 2006, 12; Suomen Sydänliitto ry 2006, 24, 40; Sepelvaltimotauti 2006.)

Sepelvaltimoiden ohitusleikkaus on edelleen tärkeä hoitomuoto. Tekniikan kehittyessä se ei välttämättä enää edellytä rintalastan aukaisua. Leikkaushoitoon turvaudutaan, kun sepelvaltimot ovat laajalti ahtautuneet tai kun sepelvaltimomuutokset eivät sovi teknisesti pallolaajennushoidolle, esimerkiksi vanhan täystukoksen yhteydessä. Leikkauksesta toipuminen saattaa viedä jopa kolme kuukautta ja varsinkin rintakehän arkuus voi kestää pitkään. Rintalastan luutuminenkin voi kestää noin 6-12 viikkoa. Leikkaushoidon ansiosta potilaiden elämänlaatu kuitenkin paranee ja rintakivut helpottuvat. Pitkäaikaisennustetta pidetään hyvänä. Nykyään ohitusleikkauksen jälkeinen hoitoaika sairaalassa on vain muutaman päivän pituinen. Ongelmia voi kuitenkin ilmaantua fyysisellä (esimerkiksi rytmihäiriöt ja hengenahdistus), psyykkisellä tai sosiaalisella (esimerkiksi masennus, yksinäisyys ja sosiaalisen tuen puute) alueella. Jos näihin oireisiin ei puututa, voivat ne hidastaa kuntoutumista. (Heikkilä ym. 2000, 1152- 1153; Kummel ym. 2004, 101; Suomen Sydänliitto ry. 2006, 27, 32.)

Sydänpotilaiden kuntoutuksen on katsottu alkavaksi vuonna 1944, kun infarktin sairastaneet potilaat saivat muutama päivä infarktin jälkeen nousta vuodelevon sijasta vuoteen vieressä olevaan nojatuoliin. Näin torjuttiin pitkän vuodelevon haittoja, piristettiin potilaan mielialaa ja aloitettiin fyysinen kunnon kohottaminen vähitellen. (Suomen Sydänliitto ry. 2006, 20.) Nykyään kuntoutumisen ensisijaisena tavoitteena on ehkäistä sairauden pahenemista ja parantaa ennustetta sekä tukea toipumista, henkistä jaksamista ja arkielämässä selviytymistä (Suomen Sydänliitto ry. 2010).

Sydäntautipotilaan kuntoutukseen liittyvä opetus ja ohjaus sijoittuvat nykyisin pääasiassa sairaalajakson jälkeiseen aikaan ja se toteutetaan joko yksilö- tai ryhmäohjauksena. Tämän päivän ohjauksessa ja opetuksessa pyritään potilas varustamaan kaikella sillä tiedolla, taidolla ja asenteella, mitä potilaan itsehoito edellyttää. Ohjaajan tehtävä on



rohkaista, motivoida ja tukea potilasta itse ratkaisemaan ongelmansa ja näin auttaa häntä ottamaan vastuu omasta terveydestään. Ohjaaja voi antaa valinnan mahdollisuuksia, mutta potilas tekee itse päätöksensä, jota ohjaaja kunnioittaa. (Turku 2007, 21- 22.)

Kuntoutuksessa annettava yksilöllinen tieto sairaudesta, sen kehittymisestä ja toipumisedellytyksistä, on tärkeää potilaalle, koska näin hän voi ymmärtää paremmin sairautensa laadun, oppia hoitamaan sairauttaan ja välttää vaaratekijöitä. Asioita, joita sydänpotilaan tulee kuntoutumisessaan huomioida, ovat hänen loppuelämänsä vaikuttavat tekijät: kuinka täysipainoisesti hän elämänsä aikoo ja pystyy elämään, eli elämäntapaneuvonta ja riskitekijöiden hallinta ovat keskeinen aihe sydänpotilaiden itsehoidon mahdollisuudessa ja hänen kuntoutumisessaan. (Hämäläinen ym. 2008, 364; Persson ym. 2008, 230; Turku 2007, 14.)

Ryhmäohjaus on yksilöohjausta täydentävää ohjausta. Ryhmä oppimisympäristönä antaa hyvän motivoitumisen elämäntapaohjaukseen ja uuteen elämäntapamuutokseen. (Turku 2007, 87- 89.) Ryhmäkuntoutuksen etuudeksi koetaan ryhmän keskeinen vuorovaikutus. Ryhmässä, jossa kaikilla on samanlainen lähtötilanne, tässä tapauksessa sepelvaltimotauti, on helpompi tuntee tulevansa hyväksytyksi. Ryhmä koetaan hyvänä vertaistukena, henkisenä voimavarana. Ryhmästä tuleva toivon heräämisen tunne antaa voimaa ja tukea sekä ryhmäläisille että ryhmän vetäjille. (Jalava ym. 1995, 54; Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 21.) Ryhmässä on tärkeää korostaa potilaan omaa aktiivisuutta. Jokaisen kuntoutujan on asettava omat henkilökohtaiset tavoitteensa, vain näin hän voi päästä mielekkäisiin tuloksiin. (Hämäläinen & Röberg 2007, 136.)

Myös lähiomaiset on tärkeä huomioida sydänpotilaiden kuntouttamissuunnitelmassa. Omaisten sepelvaltimosairauteen liittyvä yleinen tietämättömyys, pelko ja ylihuolehtiva asenne, saattavat hidastaa potilaan kuntoutusta ja toipumista. Omaisten ollessa osallisena potilaan kuntoutussuunnitelmassa, pystyvät he paremmin ymmärtämään erityyppiset potilaan sairauden tuomat mahdolliset rajoitukset ja näin kannustamaan, motivoimaan ja tukemaan potilaalle suositeltuja elintapamuutoksia paremmin. (Barry L. Zaret 1992, 350 – 351; Heikkilä, Huikuri, Luomamäki, Nieminen ja Peuhkurinen 2000, 1149- 1151.)

Haaparannan terveystieteiden ohjatussa ryhmäkuntoutuksessa on paikka kahdeksalle sydänpotilaalle. Elämäntapaohjaukseen suunnatussa ryhmässä, joissa tavoitteena on

jokaisen ryhmäläisen motivoituminen omaan työskentelyyn ja vastuunottoon, on pieni ryhmäkoko oleellinen asia. Suositeltava ryhmäkoko on 8-12 henkilöä. (Turku 2007, 89.) Pienessä ryhmässä jokaisen yksilöllisyys säilyy. Potilaat saavat tuntea tulevansa huomatuksi, tuntevat olonsa turvalliseksi ja pystyvät näin paremmin keskittymään omaan suoritukseensa. Pienessä ryhmässä on myös helpompi tutustua toisiinsa ja luoda positiivinen kannustava yhteishenki, mikä edesauttaa vähentämään myös kilpailuhenkisyttä. (Laine ym. 2001, 153.) Pieni ryhmäkoko helpottaa myös kuntoutuksen ohjaajia yksilöllisesti seuraamaan jokaisen vointia, motivaatiota, fyysisen kuntoutuksen tuomaa rasituksen vaikutusta sekä potilaan kehitystä (Turku 2007, 88- 89). Ryhmässä mukanaolo kestää noin kolme–kuusi kuukautta, riippuen kuntoutumisesta. Harjoittelu on intervalliharjoittelua, joka sisältää pyöräilyn lisäksi musiikin tahdissa suoritettua lattiajuman sekä loppurentoutuksen. Sydänpotilaiden fyysinen kuntoutus toteutetaan kaksi kertaa viikossa noin tunnin ajan. (Norrbottens Läns Landsting 2009.)

#### 4 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

Sosiaali- ja terveysalalla voidaan moniammatillista yhteistyötä kuvata eri ammattiryhmien potilaslähtöisenä työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan potilaan elämän kokonaisuus. Moniammatillisessa työskentelyssä ryhmä yhdessä tuottaa paremman tuloksen kuin ryhmän yksittäisten jäsenten suoritukset yhteensä. (Isoherranen 2004, 14- 15.) Sydänkuntoutuja tarvitsee usein monenlaista apua ja tukea elämäänsä. Kuntoutumisen tukemiseen osallistuu yleensä eri ammattiryhmien edustajia muodostaen moniammatillisen tiimin. Tiimiin kuuluu yleensä ravitsemusterapeutti, psykologi, fysioterapeutti, sairaanhoitaja ja lääkäri. (Mäkijärvi ym. 2008, 151.) Moniammatilliset tahot tukevat kuntoutujan fyysistä, psyykkistä, sosiaalista, ammatillista ja kasvatuksellista kuntoutumista. Jokainen ammattiryhmä on koulutettu hoitamaan omaa tehtäväänsä mahdollisimman hyvin. Yhteistyössä jokainen jäsen on riippuvainen toisistaan, mutta säilyttää kuitenkin oman vastuunsa potilaslähtöisestä toiminnastaan. (Paasivaara ym. 2008, 36 – 38.) Jos hoidetaan vain kapeaa osa-aluetta, voi kokonaisuuden kannalta jotain merkityksellistä jäädä huomioimatta.

Jotta potilas saisi mahdollisimman kokonaisvaltaisen avun, hyvin oleellista tiimin tiedon kokoamisen onnistumisessa on hyvät vuorovaikutustaidot. Hyvä vuorovaikutus taas syntyy, kun tiimin jäsenet oivaltavat yhteistyön merkityksen. (Isoherranen, Rekola &

Nurminen 2008, 34- 37.) Moniammatillisuus kehittää hyväksi asiantuntijaksi ja kasvat-  
taa voimavaroja ja luottamusta niin hoitohenkilökunnassa kuin potilaissakin. Saumaton  
yhteistyö tuo mielekästä lisätehoa sydänpotilaan kuntoutumiseen kun tavoitellaan poti-  
laan kannalta mahdollisimman onnistunutta lopputulosta. (Jalava 1995, 82; Kettunen  
ym. 2009, 21- 22 & Pietilä 2010, 143- 144.)

Vuorovaikutuksella ja sen toteuttamisella on siis suuri merkitys potilaan uudessa elä-  
mäntilanteessa. Ohjaajan ystävällinen ja ymmärrettävä kielenkäyttö sekä ammattitaitoi-  
nen ja empaattinen käyttäytyminen edesauttavat hyvää vuorovaikutusta. Koska kuntou-  
tuminen nähdään kasvu- ja oppimisprosessina, on molempien sekä ohjaajan että poti-  
laan panos merkittävä hyvien tulosten saavuttamisessa. (Kähäri-Wiik & Niemi & Ran-  
tanen 2006, 18 - 19; Lipponen & Kyngäs & Kääriäinen 2006, 28.) Kuten Jalava ja Vir-  
tanen (1995, 41) ovat todenneet, on jokaisella ihmisellä oma ainutlaatuinen historiansa,  
ainutlaatuiset kokemukset, taidot ja mielikuvat, joiden pohjalta hän orientoituu maail-  
maan ja toimii erilaisissa elämäntilanteissa.

Turun (2007, 88.) ja Vilenin ym. (2002, 269, 272- 273) mukaan sydänkuntoutujien  
ryhmässä tapahtuva vuorovaikutus on hyvin haasteellista. Etuna ryhmäkuntoutuksessa  
on kuitenkin ryhmäläisissä heräävä toivon tunne, joka synnyttää motivaatiota oman  
elämän hallintaan sairastumisen jälkeenkin. Kuntoutujat ymmärtävät toisiaan selittämät-  
tä, sillä kaikilla on samansuuntainen tavoite eli päästä takaisin mahdollisimman normaali-  
in arkeen. Sydäntautiin sairastuminen tuo usein sairastuneelle ja hänen omaisilleen  
turvattomuuden, epävarmuuden ja avuttomuuden tunteen, sillä tieto sydänsairaudesta  
tulee usein yllättäen, aiheuttaen jonkin asteisen psyykkisen kriisin. Rutiinit keskeytyvät,  
aika pysähtyy, tietoisuus kuolevaisuudesta säikäyttää. Omaiset ovat tärkeä tuki kriisissä,  
he voivat kuitenkin olla ahdistuneempia kuin itse potilas. Oikealla ja oikeaan aikaan  
annettavalla tiedolla on ratkaiseva merkitys toipumisessa, siksi sydänpotilaiden kanssa  
työskentelevän tiimin on kuntoutujan lisäksi otettava huomioon myös kuntoutujan  
omaiset. Kuntoutuja läheisineen on keskeinen toimija, ja kuntouttajat niin sanotusti työ-  
kalujen, olosuhteiden ja tiedon tarjoajia. Kuntoutuminen on tehokkaampaa, kun sitoudu-  
taan yhteiseen päämäärään, sillä terveydelliset ja sosiaaliset ongelmat koskettavat koko  
lähipiiriä. (Torkkola ym. 2002, 23; Mäkijärvi ym. 2008, 118- 119, 151.) Haaparanna  
terveyskeskuksen sydänkuntoutusryhmässä paikallisen Sydän- ja Keuhkoliitto järjestön  
edustaja vierailee puolivuositain ja aina tarvittaessa kertomassa järjestön toiminnasta.  
Tämä koetaan tärkeänä, varsinkin potilaiden jäädessä niin sanotusti omilleen ohjatun

kuntoutusjakson jälkeen. Järjestö ja sen jäsenet toimivat tällöin tärkeänä vertaistukena sydäntautipotilaille ja heidän läheisilleen.

Tiimityöstä ja moniammatillisesta yhteistyöstä puhuttaessa sydänekuntoutusryhmän ja ravitsemusterapeutin yhteistyö koetaan tärkeänä: Näissä tapaamisissa keskustellaan terveellisestä ja oikeanlaisesta ruokavaliosta. Tapaamisissa paneudutaan muun muassa rasva-arvoihin vaikuttaviin tekijöihin kuten esimerkiksi pehmeän ja kovan rasvan vaikutuksiin, kuidun ja ruoan kolesterolin merkitykseen, laihduttamisen ja liikunnan vaikutukseen sekä alkoholin, makeisten, pannukahvin ja kalan vaikutuksiin (Suomen Sydänliitto ry). Samoin paneudutaan verenpaineeseen vaikuttaviin ravintotekijöihin kuten suolan, kaliumin, kalsiumin, magnesiumin ja lakritsiuutteen vaikutuksiin (Sydänkliinika, 2007). Mikäli sydänryhmässä on varfariinin käyttäjiä, on Marevan-hoitoon liittyvää K-vitamiinivaikutuksesta hyvä keskustella. Runsas K-vitamiinipitoisten ruoka-aineiden nauttiminen vaikuttaa antikoagulantti arvoihin ja Marevan-lääkkeen tehoon, siitä johtuen ruokavalio on pidettävä samanlaisena läpi vuoden. (Aro 2003, 426.)

Psykologin antama tuki on tarpeen selvitetessä sydänpotilaan ja omaisten reagoitua uuteen tilanteeseen, selvitetessä heidän henkistä jaksamista, mielialaa, ahdistuneisuutta ja mahdollisten univaikeuksien syitä. Kuten Julkusen, Saarisen, Idänpää-Heikkilän ja Sallan (2000, 57) tutkimuksessakin todetaan, näyttää kuntoutus tarjoavan hyvät lähtökohdat sairastumisen psyykkisten (depressiivisten) oireiden seurausten lievittämiseen ja riskikäyttäytymisen muuttamiseen.

Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallisen kuntoutuksen ohjauksesta vastaa fysioterapeutti. Hänen tehtävä on selvittää potilaan taustatiedot ja potilaan oma arvio tilanteestaan, potilaan fyysinen kapasiteetti, motivaatio harjoitteluun, hänen tapansa liikkua sekä mahdolliset pelkotilat fyysiseen aktiivisuuteen ja rasittamiseen liittyen. Potilaan ollessa aktiivinen osapuoli, laittaa hän itse tavoitteet kuntoutumiselleen. Fysioterapeutin on kunnioitettava ja tuettava potilaan itsemääräämisoikeutta. (Hämäläinen ym. 2007, 41.) Fysioterapeutin tehtävä on kertoa potilaalle säännöllisen liikunnan terveysvaikutuksista ja siitä, miten kuntoutus aloitetaan ja millaista liikuntaa sydänpotilas missäkin vaiheessa voi harrastaa, millaiset liikuntamuodot ovat turvallisia ja tehokkaita ja mitä kontraindikaatioita eli vasta-aiheita liikunnalle voi olla. Keskustelun perusteella tehdään yhdessä henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma harjoittelun pohjaksi. Tapaamisen päätteeksi

potilaalle annetaan mukaan sydänkuntoutukseen liittyvä informaatiolehtinen suullisen tiedottamisen tueksi.

Sairaanhoitaja on fysioterapeutin tukena. Hän on läsnä seuraamassa potilaiden kokonaisvaltaista vointia fyysisen kuntoutuksen aikana. Ryhmän tunnemaailman havainnointi ja siinä tapahtuvien muutosten huomioiminen koetaan yhtä tärkeänä kuin ryhmän tekninen ohjaaminen (Turku 2007, 99). Usein potilaat haluavat kysellä ja keskustella uuteen sairauteensa liittyvistä arkipäivän asioista, muun muassa omista tunteistaan, liikunnasta ja ravinnosta. Sillan rakentaminen potilaan arkeen, jokapäiväiseen toimintaan, tukee hänen sitoutumista kuntoutukseensa kaikkein parhaiten (Turku 2007, 99). Potilaan kokonaisuhoitossa myös neuvonnalla on keskeinen osa, sillä se ohjaa potilasta hoitamaan itseään ja näin selviytymään arjestaan sairautensa kanssa. Onnistunut neuvonta voi muun muassa lyhentää potilaan hoitoaikoja, määrää ja tarvetta. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 24.)

Haaparannan terveyskeskuksessa tapahtuvaa sydänpotilaiden kokonaisvaltaista kuntoutumista ohjaa Norrbottenin maakäräjille laaditut kriteerit. Tavoitteena on parantaa potilaan fyysistä ja psyykkistä tasapainoa, motivoida häntä elämäntapaan liittyvään käyttäytymismuutokseen ja aktiivisempaan elämään, aktiivisempaan tulevaisuuteen. Kuntoutus toteutetaan turvallisessa ympäristössä fyysisenä ryhmäkuntoutuksena, myös yksilö ja ryhmäkeskustelut kuuluvat rutiineihin. (Norrbottens Läns Landsting.)

## 5 TERVEYSVIESTINTÄ

### 5.1 Terveysviestinnän määrittäminen

Terveysviestinnässä yhdistyvät sekä viestinnän että terveyden ja sairauden kysymykset. Yksiselitteistä määritelmää sille ei kuitenkaan ole. Esimerkiksi Torkkolan (2002) määritelmän mukaan se on terveyteen ja sairauteen sekä niiden tutkimiseen ja hoitoon liittyvää viestintää kaikilla viestinnän alueilla, eli keskinäis- kohde- ja joukkoviestinnässä. Keskinäisviestintää on esimerkiksi lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen keskustelu. Potilasohjeet, joiden käyttö ja merkitys lisääntyvät terveydenhuollossa, on osa kohdeviestintää.

Joukkoviestinnässä käytetään mediaa ja Internetiä. (Torkkola 2002. Johdanto terveystietintään.)

Sisällöllisesti terveystietintä voi perustua tietoon, tunteeseen tai kokemukseen. Tietintä voi olla sekä faktuaalista eli toteen perustuvaa, että fiktiivistä eli kuvitteellista. Terveystietinnässä tutkitaan terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välistä vuorovaikutusta, tietinnän vaikutusta terveystietäytymiseen, sekä kulttuurista rakentuvaa terveyden ja sairauden käsitystä tietinnässä. (Torkkola 2002. Mitä terveystietintä on.) Yhteiskunta on huomannut esimerkiksi median, erilaisten mainosten ja kampanjoiden kautta pystyvänsä vaikuttamaan ihmisten terveystietäytymiseen. Ihmisen itse on otettava vastuu miten tietoa käsittelee. Terveyden edistämisen näkökulmasta katsottuna tietintä on ensisijaisesti väline, jonka avulla voidaan vaikuttaa terveystietäytymiseen, -tietoon ja -käyttäytymiseen. Esimerkiksi potilasohjeissa ei vain välitetä potilaille neuvoja ja toimintaohjeita, vaan ohjeissa rakennetaan myös ymmärrystä terveydestä ja sairaudesta sekä potilaan paikasta terveydenhuollossa. (Torkkola 2002. Johdanto terveystietintään.)

## 5.2 Voimavarakeskeinen terveystietvonta

Potilaan terveystietäytymisen muutosta voidaan tukea voimavarakeskeisellä terveystietvonnalla, jossa potilas on aktiivinen toimija ja hoitaja aktiivinen kuuntelija. Aktiivisella kuuntelijalla on taito seurata puhumisen sisältöä, taito eritellä kuultua ja tiivistää se, taito erittää keskeiset asiat, taito erottaa puhujan perusteleminenot ja kyky arvioida hänen sanomaa, taito tehdä kuullusta päätelmiä ja taito antaa rakentavaa palautetta. Potilaanterveystietvonta rakentuu potilaan omista tarpeista, joita hoitaja tukee ja kunnioittaa. Voimavarakeskeinen tietvonta muodostuu neljästä vaiheesta: potilaan kuuntelusta, vuoropuhelusta, itsearviointista ja toimintamallien tunnistamisesta sekä toiminnan uudelleen suuntaamisesta. Terveystietvonnassa potilas on tasavertainen kumppani, joka on aktiivisesti mukana omaa terveyttään koskevassa päätöksenteossa. Tässä vaiheessa potilas tiedostaa voimavaroja, vaihtoehtoiset toimintatavat ja muutoksen mahdollisuutensa elinympäristössään. (Torkkola 2002, 27- 29.)

Muutosvaihemallissa tietäytymisen muutos tapahtuu pikkuhiljaa. Potilaalla on erilaisia motivaatiotasoja matkalla muutokseensa. Muutosvaihemallien tasolla potilaat

liikkuvat yksilöllisesti. Esimerkiksi elintapojen muuttaminen on aikaa vievää, sillä siihen liittyy myös taantumaa. Muutosvaihemalli alkaa ensiharkintavaiheella, jolloin potilas ei vielä harkitse elämäntapansa mahdollista muuttamista. Hän on ehkä kokeillut elämäntapamuutosta, mutta epäonnistunut siinä. Hoitajan tehtävä on kuunnella ja herättää vuoropuhelua, jossa potilas huomaa tarvitsevänsä ja haluavansa muutosta. Seuraava askel on, että potilas harkitsee muutosta ja laittaa muutoshalukkuudelleen aikarajan tulevaisuuteen. Hän punnitsee muutoksen hyviä ja huonoja puolia. Tässä vaiheessa hoitajan tehtävä on auttaa potilasta etenemään tilanteessa antamalla neuvoja itsearvioinnin tueksi. (Torkkola 2002, 28.)

Valmistautumisvaiheessa potilas on päättänyt muutosyritykselleen aikarajan ja saa tukea hoitajaltaan. Potilaslähtöisessä motivoivassa keskustelussa potilas on aktiivinen osapuoli. Avoimissa kysymyksissä potilas joutuu itse miettimään ratkaisuja. Toimintavaiheessa potilas on lopulta tehnyt muutoksensa. Hän on tarvinnut tukea ympäristöltään, mutta hänen omat tuntemukset ovat motivoineet häntä pysymään tavoitteessaan. Lopulliseen muutokseen pysymiseen on päästy osatavoitteiden kautta. Niiden saavuttaminen on tuonut onnistumisen tunteen ja sitä kautta motivaatiota. Ylläpitovaiheessa potilas joutuu edelleen miettimään uusia tottumuksiaan, mutta hän varmistuu siitä, että pystyy pitämään elämänsä hallussaan. Tässä vaiheessa hoitaja on edelleen mukana kannustamassa ja tukemassa muutoksessa. Viimeisessä eli päätösvaiheessa muutos on jo pysyvää. (Torkkola 2002, 28.)

Itse olen suorittanut voimavarakeskeisen terveysneuvonta- eli motiverande samtal- koulutuksen Ruotsissa. Mielestäni se tukee tämän päivän hoitotyön ajattelu- ja toimintamallia. Koulutuksesta saadun tiedon ja taidon olen kokenut huomattavana voimavara muun muassa sydäntautipotilaan kuntoutuksessa, hoidossa ja ohjauksessa. Jos sydäntautipotilaan tarvittava elämäntapamuutoksen halu ei lähde potilaan omasta motivaatiosta ja tarpeesta, on hoitajan ammattitaidolla keskeinen merkitys, jotta tarpeellinen ja toivottu muutos voisi syntyä jäädäkseen.

## 6 PROJEKTIN VAIHEET

### 6.1 Projektin lähtökohta, tavoite ja tarkoitus

Projekti on ainutlaatuinen prosessi, joka johtaa ideasta sen toteutumiseen. Projekti on johonkin tiettyyn tavoitteeseen pyrkivä, harkittu ja suunniteltu hanke. Sillä on tilaaja, aikataulu, määritellyt resurssit, budjetti ja oma projektiorganisaatio. Projektin tarkoituksena on tuottaa lisäarvoa asettajalleen ja kohteelleen tavoitteen toteutumisen kautta. Jokainen projekti on ainutkertainen ja yksilöllinen. Projekti alkaa, kun nykytilanne ei ole toivottu, vaan siihen halutaan parannusta ja muutosta. (Rissanen 2002, 14; Ruuska 2007, 19; Lööw 2002, 16- 17.)

Projektityö käynnistyy visioinnista, jota työstetään useamman ihmisen vuorovaikutuksessa, kunnes se jalostuu halutuksi päämääräksi. Hyvään projektinvalmisteluun kuuluu taustaselvitysten tekeminen, mikä auttaa hyvän projektin suunnittelussa. Siinä kartoitetaan muun muassa ”oikea ihminen oikeaan paikkaan” eli sopiva tiimi, joka on sosiaalisesti avoin ja joka ammattitaidollaan voi selvittää edunsaajan, potilaan tarpeet kyseisestä projektista. (Paasivaara ym. 2008, 121.)

Huolellisten esitöiden jälkeen on tavoitteiden määrittelyllä ratkaiseva osuus. Tavoitteiden määrittely antaa perussuunnan projektille sen elinkaaren ajan. Tavoitteiden on oltava saavutettavia ja realistisia. Tavoitteiden määrittelyn jälkeen voidaan siirtyä projektin perustamiseen, joka syntyy yhteistyössä tilaajan, toimittajan ja ehkä rahoittajankin kesken. Projekti alkaa muuttua valmistelusta todeksi. Projektin päätöksestä siirrytään sen suunnitteluvaiheeseen, joka on kuin palapelien kokoamista. (Paasivaara ym. 2008, 121.) Muistetaan, että ”hyvin suunniteltu on puoleksi tehty.”

Projektin suunnitteluvaiheessa kuvataan matkanteko lähtötilasta haluttuun tavoitteeseen esimerkiksi kuvaamalla tehtävän määrittely, henkilöt, aikataulu, budjetti, tiedottaminen, seuranta ja raportointivaiheet. Projektisuunnitelmasta selviää, kuka tekee, mitä, milloin, millä resurssilla ja miksi. (Rissanen 2002, 33 - 57.) Projektisuunnitelmassa tuodaan esille myös projektiorganisaatio, johon kuuluvat projektin asettaja, ohjausryhmä, projekti-



päällikkö ja projektiryhmä. Ryhmä perustetaan projektityöskentelyn ajaksi. Varsinaisen työn suorittaa projekti- eli työryhmä. (Ruuska 2007, 21- 23.)

Projektityönä tekemääni työelämälähtöistä opinnäytetyötäni aloin tekemään syksyllä 2010. Sydänpotilaat ovat sairaanhoitajan urani alusta asti olleet tärkeitä minulle, joten oli luonnollinen asia valita työni koskemaan tätä ryhmää. Sydänpotilaiden ohjattu fyysinen kuntoutusryhmä, joka edellyttää fysioterapian antamaa ohjausta (Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Yli-Mäyry 2008, 155), on perustettu Haaparannan terveystieteiden keskuksen vuonna 1997 ja olen alusta ollut mukana fysioterapeuttina sen toiminnassa. Toiminta käynnistettiin, kun aluesairaalat keskittivät töitään terveystieteiden keskuksen resurssipulansa vuoksi. Valtakunnallisesti Ruotsissa tämän hetkinen käytäntö on, että kuntoutuksessa työpareina työskentelevät joko fysioterapeutti ja sairaanhoitaja tai kaksi fysioterapeuttia. Haaparannalla tapahtuvassa ohjatussa sydänkuntoutusryhmässä on mukana fysioterapeutti ja sairaanhoitaja.

Haaparannan terveystieteiden keskuksessa sydänpotilaiden fyysinen kuntoutus on aloitettu aina sydänpotilaan ja fysioterapeuttin ensitapaamisella. Tapaaminen on koostunut haastattelusta sekä kuntoutukseen liittyvien oleellisten asioiden läpikäymisestä. Tapaamisen päätteeksi potilas on saanut, vuonna 1997 tehdyn, informaatiolehtisen mukaansa. Lehtinen on ollut vain ruotsinkielisenä, koska sydänkuntoutusryhmän perustamisen alussa potilaskantamme oli suurimmaksi osaksi ruotsia äidinkielenään puhuvia. Suomea äidinkielenään puhuville teksti on suomennettu. Tämä on koettu epätasa-arvoisena asiana, joten kuntoutusryhmänvetäjien mielestä suomenkielisen informaatiolehtisen työstäminen on ollut tavoitteena heti ryhmän vetäjien resurssien niin salliessa. Nykyisin Haaparannan terveystieteiden keskuksen sydänkuntoutusryhmän potilaat ovat enimmäkseen suomea äidinkielenään puhuvia, joten uusi suomenkielinen, päivitetty informaatiolehtinen on tarpeellinen kehittämiskohde.

Sairaanhoitajan tutkintoni päivittäminen ammattikorkeakoulutasoiseksi edellytti opinnäytetyön tekemistä, joten se mahdollisti uuden informaatiolehtisen tekemisen. Projektin tarkoituksena asetettiin konkreettisen ja selkeän suomenkielisen informaatiolehtisen tekeminen Haaparannan terveystieteiden keskuksen fyysiseen sydänryhmäkuntoutukseen tuleville uusille potilaille. Tulevaisuudessa nyt valmistuva informaatiolehtinen tullaan kääntämään myös ruotsinkieliseksi. Karlssonin ym. (2001, 63) mielestä projektin tavoitteen tulee olla selvä ja konkreettinen eli tässä projektissa tavoitteena oli informaatiolehtisen

avulla antaa potilaille tietoa ja helpottaa heitä muistamaan sydäntuntoutuksen yhteyteen liittyvät olennaiset asiat sekä näin helpottaa heitä keskittymään kuntoutumiseensa (Torkkolan, Heikkisen ja Tiaisen (2002, 12). Tietopakettien tarkoitus on antaa informaatiota, vastata potilaan mahdollisiin kysymyksiin ja kutsua häntä osallistumaan. Kuten Torkkola ym. (2002, 34 -38) toteavat hyvistä potilasohjeista, on jokaisen terveyskeskuksen kehitettävä oma tapa tehdä ohjeita, sillä hyvä ohje palvelee juuri oman terveyskeskuksen potilaita ja henkilökuntaa. Kirjallisissa tiedotteissa on yhtä tärkeää se, mitä sanotaan, kuin miten sanotaan (Torkkola ym. 2002, 11, 15).

## 6.2 Projektin liittymät, rajausta ja organisointi

Projektin rajauksella pyritään pitämään projekti hallinnassa, selvennetään päämäärää ja helpotetaan sen läpivientiä (Karlsson & Marttala 2001, 63; Kettunen 2003, 99- 100). Projektin kehittämiskohteen tulee olla todellinen ja tarpeellinen (Paasivaara ym. 2008, 9-10; Silfverberg 2007, 55). Tämän projektin idea lähti Haaparannan terveyskeskuksen toiminnan kehittämistarpeesta, joka huomattiin käytännön työssä. Tarve, johon projekti myös rajattiin, oli tuottaa konkreettinen ja selkeä suomenkielinen informaatiolehtinen Haaparannan terveyskeskuksen fyysiseen sydäntuntoutusryhmään tuleville uusille potilaille. Vuosien saatossa sydäntuntoutusryhmien potilailta saadut suulliset palautteet ja ryhmien ohjaajien omat pitkäaikaiset, vuodesta 1997 asti olevat, kokemukset olivat suunnanantajia informaatiolehtisen ideoinnissa, visioinnissa ja sen työstämisessä, kuten onnistuneessa projektissa tulee ollakin (Rissanen 2002, 15).

Projektin toiminnan ja vastuiden selkeyttämiseksi on välttämätöntä jäsentää projekti ja sen sosiaalinen lähiympäristö. Organisaatiolla luodaan vuorovaikutukselle kanavat ja foorumit. (Rissanen 2002, 192.) Projektilla on oltava selkeä organisaatio, jossa osapuolten vastuut ja roolit on selkeästi määritelty (Silfverberg 2007, 98). Projektioorganisaatio määräytyy tehtävien mukaan (Karlsson ym. 2001, 128). Opistoasteisen sairaanhoitajatutkintoni päivittäminen ammattikorkeakoulutasoiseksi tutkinnoksi edellytti muun muassa opinnäytetyön tekemistä. Se toi hyvän mahdollisuuden uuden informaatiolehtisen tekemiseen.

Valitsin projektityöryhmän lokakuussa 2010. Työryhmään, joka määrätietoisesti tuli työstämään haluttua päämäärää, valittiin ihmiset, joilla oli paras asiantuntemus sydänpot-

tilaisten kuntoutumisesta ryhmässä. Organisaatioon kuuluin minä, minulla oli päävastuu projektin toteuttamisesta, konsultaatioapunani minulla olivat Haaparannan sydäntuntoutusryhmän fysioterapeutit Eila Eriksson ja Jan Härkönen, jotka olivat mukana opaslehtisen suunnittelussa ja arvioinnissa, yhdessä vastasimme projektityöryhmästä. Tässä projektissa ei projektipäällikköä tarvittu, sillä projektiryhmä johtaa itse itseään ja osallistuu projektin suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin (Paasivaara ym. 2008, 107). Kuten Karlsson ym. (2001, 71) toteavat, ryhmän sitoutuessa yhteisesti sovitun päämäärään saavuttamiseen, se voi vastata uuden menetelmän, palvelun ja tuotteen kehittämistyöstä. Projektityön lopputuotos eli suomenkielinen informaatiolehtinen tulee mahdolliseksi perusorganisaation eli sydäntuntoutusryhmän käyttöön vuoden 2011 aikana.

Ohjaajina tässä opinnäytetyössäni toimivat Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun lehtorit Hannele Paloranta ja Ritva Jalosalmi. Ohjauksessa on kysymys vuorovaikutuksesta, dialogista projektin ja sen tärkeiden sidosryhmien välillä (Rissanen 2002, 110). Projektin asettaja on Haaparannan terveystakeskus, jonka edustajana tässä projektityössä on terveystakeskuksen johtaja Elisabet Spolander- Merefält.

### 6.3 Projektin toteuttamisen ja työskentelyn kuvaus

Jokainen projekti on tavoitteiden pohjalta määritelty ainutkertainen prosessi, jolla on alku ja loppu (Silfverberg 2007, 21; Rissanen 2002, 14). Opinnäytetyöni aiheen päätin lokakuun alussa 2010. Haaparannan terveystakeskuksen sydäntuntoutusryhmän toiminnassa oli tarpeellinen kehittämiskohde, eli Haaparannan terveystakeskuksen fyysiseen sydäntuntoutusryhmään tulevat uudet potilaat tarvitsivat konkreettisen ja selkeän suomenkielisen informaatiolehtisen.

Lokakuun alussa aloin kerätä projektityön aiheeseen liittyvää materiaalia, jota löytyikin paljon kirjastoista, työpaikaltani, koulun eri tietolähteistä ja Internetistä. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun kirjastosta löysin Wiikin (2008) kirjoittaman opinnäytetyön koskien juuri Haaparannan sydäntuntoutusryhmää. Luettuani työn varmistuin tehtävästäni, jota kuntoutusryhmänohjaajien aikapulan vuoksi ei aikaisemmin ollut kyetty tekemään. Haaparannan terveystakeskuksen sydäntuntoutusryhmälle tehtävän informaatiolehtisen tekemiseen sopi mielestäni parhaiten projektityö. Kokosin projektityöryhmän samaan aikaan, kun tutustuin aiheeseen eri tietolähteiden kautta. Työryhmän työnjaossa sovit-

tiin, että minä vastasin projektityön materiaalista ja fysioterapeutit Eila Eriksson ja Jan Härkönen olivat konsulttiapunani. Konsultointi tapahtui Haaparannan terveyskeskuksessa tai puhelimen välityksellä.

Ensimmäisessä suunnittelupalaverissa lokakuussa 2010 aloimme visioda, sydänkuntoutuspotilaiden informaatiolehtiseen laitettavia, potilaan muistamista helpottavia tärkeitä asioita. Keräsimme paperille potilaiden kertomia palautteita ja omia ajatuksia ja kokemuksia vuosien varrelta. Palaverissa keskusteltiin myös projektityöryhmän aikataulujen yhteensovittamisesta. Sovimme laittavamme tavoitteita, joiden tarkoitus oli luoda niin sanottuja tarkastuspisteitä projektin kulusta sekä pitää kiinni työn ytimestä, sen tarkoituksesta ja tavoitteesta, kuten myös Karlsson ym. (2001, 64) pitävät suotavana. Samalla päätimme, että opaslehtinen tulisi olla valmis vuoden 2011 aikana, minkä mukaan myös varsinaisen projektisuunnitelma tehtiin.

2010 lokakuun lopussa kokoonnuimme jälleen Eila Erikssonin ja Jan Härkösen kanssa. Kävimme yhdessä läpi informaatiolehtistä, jota olin työstänyt edellisen tapaamisen tiimoilta. Runko oli mielestämme hyvä, mutta halusimme saada palautteen myös sattumanvaraisesti valitulta suomenkieliseltä sydänkuntoutusryhmän potilaalta. Hän sai lukea opaslehtisen raakaversion seuraavalla kuntoutuskerralla. Hänen mielestään informaatiolehtinen palveli hyvin tarkoitustaan, sillä siinä oli tarvittava tieto selkeästi tiivistettynä. Olimme siis suhteellisen tyytyväisiä sen hetkiseen tuotokseen, joten oli aika kerätä teoriaa informaatiolehtisen ympärille.

Kolmannella projektiryhmän tapaamiskerralla marraskuussa 2010 olin saanut hyvin teoriaa kokoon. Eila Erikssonin ja Jan Härkösen kanssa käydyssä palaverissa totesimme, että nyt oli saatava projektityölle ohjaaja. Lehtori Tarja Lipposen suosituksesta sain opinnäytetyöni ohjaajaksi lehtori Hannele Palorannan. Hän vuorostaan ehdotti ohjausryhmään myös Ritva Jalosalmea. Ennen Ritvan tapaamista ja toiseksi ohjaajakseni suostumista, olin käynyt Hannelen kanssa lyhyen keskustelun marraskuussa työstämästäni visiosta ja saanut silloin myös muutaman idean informaatiolehtisen teosta ja siitä, mihin voisin kiinnittää huomiota jatkossa. Käynnin jälkeen aloin pitää päiväkirjaa työn etenemisestä. Projektityösuunnitelma ja opinnäytetyönaihe ja -ohjaajat hyväksyttiin virallisesti joulukuussa 2010.

Projektityösuunnitelmaa työstin itsenäisesti siihen asti, kunnes koulu taas joululoman jälkeen alkoi tammikuussa 2011. Kouluun palattuani esittelin työni Ritva Jalosalmelle. Siitä ohjauksesta sain taas tarpeellisia ideoita ja puhtia työni jatkamiseen. Samoihin aikoihin sain myös, ikävä kyllä, Eila Erikssonilta ja Jan Härköselältä kuulla, että Haaparannan terveyskeskuksessa tapahtuva sydänpotilaiden kuntoutus oli resurssipulan vuoksi päätetty laittaa tauolle. Potilaat saivat taas alkaa käymään kuntoutuksessa Kalixin alue-sairaalassa, 50 kilometrin päässä kotipaikkakunnaltaan. Tästä huolimatta päätimme projektin tilaajan, terveyskeskuksen johtajan Elisabet Spolander-Merefältin, luvalla jatkaa projektityön loppuun asti, sillä odotimme ajankohtaa, jolloin sydänpotilaiden fyysinen kuntoutusryhmä aloittaisi uudelleen toimintansa Haaparannan terveyskeskuksessa.

Helmikuussa 2011 muokkasin projektin tarkoitusta ja tavoitteita jämäkämmäksi ohjaajien palautteen perusteella. Maaliskuussa esitin hyväksytyn projektityösuunnitelman ensin koulussa ja sen jälkeen Haaparannan terveyskeskuksessa projektin tilaajalle, Elisabet Spolander-Merefältille, joka myös allekirjoitti projektiin liittyvän sopimuksen. Heti projektisuunnitelman esittämisen jälkeen aloin aktiivisesti tehdä varsinaista projektityötä, kahdeksan viikon työharjoittelujakso hidasti kuitenkin sen etenemistä.

Huhtikuussa työharjoitteluni aikana tapasin molemmat ohjaajani yhtä aikaa. He olivat käyneet läpi senhetkisen projektituotokseni. Palaute työstä oli lähinnä työn tiivistämistä. Koska projektin tuotoksella ei ollut kiirettä valmistua kevään aikana, sydänkuntoutusryhmän ollessa tauolla, päätin työstää projektityötä myös kesäloman aikana. Kesän aikana huomasin kuitenkin vaikeuksia saada itseni motivoitua opinnäytetyöni ääreen, koska halusin antaa mahdollisimman paljon aikaa perheelleni ja olin päättänyt huolehtia myös omasta kuntoilustani. Elokuun koittaessa oli työni kuitenkin loppusuoralle.

Projektin päättäminen on yksi projektin tärkeistä vaiheista. Ennen kuin projekti päätetään, on varmistettava, että projektilla on saavutettu tavoiteltu tulos. Käydään läpi projektin toiminta ja tulokset sekä arvioidaan yleisesti projektin kulkua ja päämäärän tulosta. Pohditaan mitä tuotokselle tapahtuu jatkossa, miten sitä aiotaan hyödyntää, otetaanko se todella käyttöön. (Paasivaara ym.2008, 137- 138.) Elokuussa 2011 järjestettiin päätöskokous projektiryhmän kesken, jossa nämä asiat käytiin läpi. Projekti päättyi 25.8.201, kun opinnäytetyö oli valmis ja informaatiolehtinen tallennettiin sähköisesti odottamaan käytäntöön pääsyä. Ohjauskertoja ehti olla yhteensä neljä ennen kesälomalle jäämistä. Viimeinen ohjauskerta oli elokuussa 2011.

#### 6.4 Projektin prosessin ja tuotoksen arviointi

Kehittämisen ei tulisi olla itsetarkoitus, vaan työyhteisön toiminnan vahvistaminen ja laadun parantaminen (Paasivaara ym. 2008, 19). Tavoitteena projektin arvioinnissa on sen hyödynnettävyys eli tässä työssä sydänpotilaiden ja heidän kuntoutuksen ohjaajien tavoitteet toimivasta sydämkuntoutukseen liittyvästä informaatiolehtisestä. Projektin koetaan onnistuneen silloin, kun sen tulokset voidaan viedä käytäntöön (Paasivaara ym. 2008, 143- 145). Eli tässä työssä käytäntöön viedyn uuden informaatiolehtisen avulla antaa potilaille tietoa ja helpottaa heitä muistamaan fyysisen ohjatun sydämkuntoutuksen yhteyteen liittyviä olennaisista asioista sekä näin auttaa heitä keskittymään kuntoutumiseensa.

Projektityö sinällään oli mielenkiintoinen ja opettavainen tehtävä. Koska opinnäytetyöni aihe oli työelämälähtöinen ja osa omaa työtehtävää työpaikallani, koin sen erittäin motivoivaksi ja tarkoituksenmukaiseksi. Projektin kannalta merkittävä etu oli, että aihe oli entuudestaan tuttu ja minulla oli projektityöryhmässä mukana ihmiset, jotka toimivat jo ennestään ohjaajina kyseisessä kuntoutusryhmässä. Tämä antoi työhön tarvittavaa osaamista. Suunniteltu yhteistyö työryhmän kanssa sujui hyvin ja tavoitteeseen päästiin.

Projektin koin aikaa vievänä ja vaativana, koska vastasin pääasiassa itse työn materiaalista. Välillä tuntui, että olisin halunnut jakaa materiaalin keruuta tiimin kanssa, mutta siihen meillä ei ollut mahdollisuutta. Omat voimavarat tuntuivat ajoittain olevan tiukoilla, koska oli hoidettavana ja aikataulutettavana myös muita elämän ja arkipäivän tärkeitä asioita. Lisäpäänvaivaa aiheutti myös se, että Haaparannan terveystieteiden keskuksessa toimiva sydämkuntoutusryhmä päätettiin yllättäen resurssipulan vuoksi laittaa tauolle. Työntekijä, Haaparannan terveystieteiden keskuksen johtaja, joka oli myös projektin tilaaja, antoi kuitenkin luvan jatkaa projektin loppuun asti, joten alkuperäisessä projektisuunnitelmassa pysyttiin. Motivaatio projektityöhön ei laskenut, koska kehittämistehtävää pidettiin tärkeänä.

Projektin suunnittelun lähtiessä liikkeelle informaatiolehtisen visioinnista ja sen jälkeen materiaalin keruusta sen ympärille, koin hyvänä ratkaisuna, koska työryhmällä oli selvä ajatus informaatiolehtisen sisällöstä. Joulukuussa 2010 projektisuunnitelman tekemisen aikataulu venyi, koska ohjaajien ja minun aikataulujen tiukkuuden vuoksi ei yhteistä

aikaa tahtonut löytyä, eikä näin työarviointia saamaan. Itsearviointi vaatii itsekriittistä ja avointa asennetta kohdata mahdolliset ongelmat (Silfverberg 2007, 44). Hetkittäin tuli tunne, että työlleen oli sokeutunut niin, ettei pystynyt sitä itsekriittisesti arvioimaan. Joulukuussa pidin siis taukoa työn tekemiseen, kunnes omat ajatukset työhön liittyen taas selkiytyivät ja pystyin jatkamaan sen tekoa. Vuodenvaihteen jälkeen ohjaajiltani saadut palautteet antoivat sitten tarvittavaa tukea ja herättivät uusia näkökulmia työn tarkasteluun ja sen jatkamiseen.

Projektisuunnitelmassa kerätty teoria on antanut hyvän pohjan itse projektityön tekemiselle, sillä siinä vaiheessa on perehtynyt hyvin myös teoriaosaan. Kirjallisuus, potilaiden antamat palautteet, kuntoutusryhmien vetäjien vuosien saatossa saadut kokemukset, heidän tämän työn jatkuva arviointi sekä projektityön ohjaajien antama palaute ohjasivat työn tekemistä. Samoin työkavereiden antama palaute työn loppuvaiheessa oli arvokasta ohjaamaan oikeanlaisen ja tarkoituksenmukaisen informaatiolehtisen visioinnissa, suunnittelussa ja sen toteutuksessa.

Hoitotyössä henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa tapahtuva suullinen ohjaus koetaan tärkeänä, mutta kirjallinen ohjaus tukee ja täydentää sitä (Torkkola ym. 2002, 8). Kokemus on osoittanut, että uusi ajankohtainen informaatiolehtinen tulee olemaan hyvä apuväline sydänpotilaille heidän kuntoutuksen alkuvaiheessa. Kuntoutuksen ohjaajien mielestä se on hyvä runko myös ensitapaamisella käytäville asioille. Sisältövaatimuksena informaatiolehtiselle on, että informaatio palvelee lähinnä potilaiden tarpeita. Hyvällä informaatiolla pyritään välttämään väärinkäsityksiä, vähentämään potilaan ahdistuneisuutta ja lisäämään tietoa saatavilla olevasta palveluksesta. Informaatiolehtinen antaa potilaalle olennaisen tiedon, mutta se ohjaa myös palveluiden antajaa toimimaan oikein. Laatukriteerit liittyivät aineiston sisältöön, kieliasuun, ulkoasuun ja aineiston kokonaisuuteen. Ainoa oikeaa tapaa informaation laatimiseen ei ole. (Torkkola ym. 2002, 35.)

Kirjallista materiaalia käytetään suullisen tiedottamisen tukena, koska uusille sydänkuntoutusryhmän potilaille annettu suullinen tieto voi helposti unohtua. Kirjallinen materiaali mahdollistaa potilasta kotona palaamaan olennaisiin muistettaviin asioihin. (Torkkola ym. 2002, 29.) Informaation kirjoittamisessa tärkein asia ilmaistaan ensin. Tekstin on oltava juuri potilaalle suunnattua, juuri häntä puhuttelevaa. Informaatiosta tulee käydä ilmi kohderyhmä, ohjeen tekijä, milloin ja mitä tarkoitusta se palvelee. Selkeä, sopivan pituinen ja mielenkiintoinen ulkoasu houkuttelee potilasta lukemaan tekstin. (Kyn-

gäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 124- 126; Torkkola ym. 2002, 39.) Informaation luettavuuden kannalta tärkeimmät osat ovat otsikot ja väliotsikot. Hyvä ulkoasu palvelee informaation sisältöä, taitto eli tekstin ja kuvien asettelu paperille on myös hyvän informoinnin lähtökohta. ( Lipponen ym. 2006, 66 -70; Torkkola ym. 2002, 36- 40.) Liimataisen, Hautalan & Perkon (2005, 50) mukaan hyvässä potilasinformaatiossa yhteystiedot, joihin potilas voi ottaa tarvittaessa yhteyttä, ovat informaatiolehtisen lopussa.

Kuten Torkkola ym. (2002, 34- 38) toteavat hyvästä potilas informoinnista, on jokaisen terveyskeskuksen kehitettävä oma tapa informoida, sillä hyvä informaatio palvelee juuri oman terveyskeskuksen potilaita ja henkilökuntaa. Tässä projektissa tuotetun informaatiolehtisen tavoitteena on antaa potilaille tietoa ja helpottaa heitä muistamaan sydäntautoutuksen yhteyteen liittyviä olennaisista asioista sekä näin auttaa heitä keskittymään kuntoutumiseensa. Konkreettinen lehtinen koetaan tarpeelliseksi ensimmäistä kertaa sydäntautoutukseen tuleville potilaille heidän uudessa elämäntilanteessaan, tilanteessa, jossa potilaan ja hänen lähiomaistensa elämä on mullistunut ja he käyvät läpi suuria tunteita ja ajatuksia.

Informaatiolehtistä arvioidessa, tuli fysioterapeutti Eila Erikssonin vastaanotolle sattumalta potilas, joka oli lukenut lehtisen raakaversion. Pyysimme tätä potilasta antamaan palautetta myös valmiista tuotoksesta. Hänestä Haaparannan terveyskeskuksen sydäntautoutusryhmälle suunnattuun informaatiolehtiseen oli onnistuttu keräämään oleellinen tieto, jota alun perin oli kaivattukin. Lehtinen oli sisällöltään asiallinen, suhteellisen lyhyt ja helppolukuinen tietopaketti, josta helposti löysi olennaisen ja tarpeellisen ensitiedon sydäntautoutusryhmään liittyvistä asioista. Se oli silmää miellyttävä tiedote, johon oli helppo palata tarvittaessa. Informaatiolehtinen oli hänestä myös hyvä apuväline sekä potilaalle että heidän omaisilleen sydäntautoutukseen liittyvien rutiinien muistamisessa. Valmis informaatiolehtinen täytti siis tavoitteen, joten olimme tyytyväisiä. Valmis informaatiolehtinen olisi ollut suoraan käytäntöön luovuttamiskelpoinen, mutta sydäntautoutusryhmän tauolle laittamisen vuoksi se luovutettiin fysioterapeuttien arkistoon ja tallennettiin sähköisessä muodossa odottamaan mahdollisesti Haaparannan terveyskeskuksessa alkavan uuden sydäntautoutusryhmän toimintaa. Tietokoneelta informaatiolehtinen on helppo tarvittaessa päivittää uusiin haasteisiin.



## 7 POHDINTA

### 7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tämä opinnäytetyö toteutettiin projektityönä yhdessä sydänekuntoutusryhmän fysioterapeuttien kanssa. Sydänekuntoutusryhmäpotilaille suunnitteilla olevasta informaatiolehtisestä kerrottiin kuntoutuksen aikana. He saivat spontaanisti kertoa mahdollisia ajatuksiaan lehtisen sisältöön liittyen. Näitä ja vuosien saatossa tulleita muita Haaparannan terveyskeskuksen sydänekuntoutukseen liittyviä oleellisia ajatuksia ja kokemuksia kerättiin informaatiolehtisen muotoon. Kenenkään henkilöllisyyttä ei aineiston keruun yhteydessä kirjoitettu ylös.

Hoitotyön projektityötä tehdessä on tärkeää huomioida ihmisarvon kunnioitus ja oikeudenmukaisuus. Tutkittaville on pyrittävä aiheuttamaan hyvää. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 44.) Tutkimusetiikka seuraa tutkijaa koko tutkimusprosessin ajan, sen ideointivaiheesta tutkimustuloksista tiedottamiseen. Opinnäytetyön laadinnassa on noudatettava tieteen yleisiä eettisiä sääntöjä sekä vallitsevaa tietosuojalakia, joihin kuuluu pyrkimys objektiivisuuteen, tulosten oikea johtaminen ja perustelu sekä tulosten asettaminen kriittisen keskustelun alaiseksi. Kuten myös Vilka (2005, 29- 31) toteaa, opinnäytetyössä ei saa käyttää epärehellistä vilpillistä toimintaa. Työn on kaikilta osin oltava omaa työtä, plagiointia on vältettävä kaikessa suhteessa. Tekstiin on valittava mielellään alkuperäisiä lähteitä ja merkittävät tarkat lähdeviitteet. Opinnäytetyössäni olen käyttänyt mahdollisimman tuoreita lähteitä. Vuodelta 1992 olevan lähteen käyttökelpoisuus on kuitenkin perusteltua, koska se on arvostetun yliopiston julkaisu ja löytyy edelleen yliopiston tietokannasta. Projektityön luotettavuutta lisäsi myös projektipäiväkirjan pitäminen, koska siihen oli helppo palata ja tarkistaa oleellisia asioita projektityön aikana.

Sydänpotilaat ovat aina olleet tärkeä kohderyhmä minulle, siksi olinkin hyvin motivoitunut tekemään tätä uutta informaatiolehtistä Haaparannan terveyskeskuksen sydänekuntoutusryhmälle. Lipponen ym.( 2006, 8) ovat pitäneet tärkeänä potilaan hyvinvoinnin turvaamista ja siitä huolehtimista. Myös minä pidin sitä eettisesti tärkeänä työskennellessäni potilaille suunnatun lehtisen parissa. Informaatiolehtisestä löytyvä tieto voi mielestäni edesauttaa potilaan hyvinvointia ja siitä huolehtimista. Tieto voi motivoida ja

rohkaista potilasta osallistumaan tähän vertaistukenakin toimivaan sydäntuntoutujien ryhmään. Ryhmästä saadun tuen on todettu olevan arvokas apu sydäntautipotilaan rakentaessa tietään takaisin mahdollisimman normaaliin arkeen.

Projektin tuotoksena valmistunutta informaatiolehtistä saivat sen työstämisen aikana arvioida minun lisäksi, kuntoutusryhmän fysioterapeutit, työn ohjaajat ja yksi viimeisessä sydäntuntoutusryhmässä mukana ollut potilas. Lehtistä muokattiin palautteiden perusteella. Ennen lopullista versiota sitä arvioivat vielä työpaikallani tiimini lääkäri sekä kaksi kollegaani. Heidän palautteen perusteella informaatiolehtistä tiivistettiin vielä. Tiivistettyäni työn, tapasin työpaikallani vielä sattumalta saman sydäntuntoutusryhmän potilaan, joka oli arvioinut lehtistä aikaisemminkin. Pyysin häntä antamaan lopullisen palautteen informaatiolehtisestä. Luettuaan sen olisi hänestä informaatiolehtinen nyt ollut valmis käytäntöön vietäväksi

Lopullista versiota informaatiolehtisestä pidin onnistuneena, jo senkin vuoksi, että sitä oli koko projektin keston ajan arvioinut sama sydänpotilas ja lisäksi useampi hoitoalan ammattilainen. Toiveenani olisi kuitenkin ollut, että useampi sydäntuntoutusryhmän potilas olisi voinut kertoa mielipiteensä tuotoksesta, näin tuotoksen luotettavuus olisi lisääntynyt myös potilas näkökulmasta. Toisaalta, koska informaatiolehtinen on tallennettu sähköisesti fysioterapeuttien tiedostoihin, sydäntuntoutusryhmän tauolle laittamisesta johtuen, on se helppo tulevaisuudessa antaa uusille sydäntuntoutusryhmän potilaille arvioitavaksi ja testattavaksi. Tarvittaessa se on helposti päivittävässä myös uusiin haasteisiin.

## 7.2 Yleispohdinta

Mielestäni valitsemaani oppinnäytetyönaiheeseen sopi parhaiten projektimuoto. Perehdyin aiheeseen kirjallisuuden eri tietolähteiden kautta, lisäksi syvennyin suorittamani projektityön kurssin materiaaliin uudelleen. Näin sain punaisen langan työni etenemiseen. Projektia pidetään oppimiskokemuksena (Ruuska 2007, 271). Projektityön saloihin syventymine ja sen opettelu olikin mielenkiintoista. Tuntui, että mitä enemmän projektin kanssa ehti tehdä töitä, sitä mielekkäämmäksi se tuli ja sitä enemmän se vei mukanaan. Projektiin syventyminen vei useasti myös ajan tajun, mikä ei aina ollut hyvä asia, koska oli huolehdittavana myös muita arkeen liittyviä tärkeitä asioita. Tiedon ha-

keminen eri hakutavoilla tuli tutuksi ja lähdekriittisyys kehittyi materiaalin paljouden vuoksi. Koulun ohessa sairaanhoitajana työskennellessäni, huomasin tullessi kriittisemmäksi ja tarkemmaksi ammattikirjallisuutta valitessani ja sitä lukiessani. Eli kriittisyys ja asioiden perusteltavuus saivat uutta näkökulmaa. Se oli mielestäni tärkeä havainto.

Vastaavanlaista, projektityöni tavoitteena olevaa informaatiolehtistä ei tullut vastaan kirjallisuutta ja eri tietolähteitä tutkiessani, joten potilaiden ja sydäntuntoutusryhmän ohjaajien omat tarpeet ja kokemukset samoin kuin opinnäytetyön ohjaajien ja työn lopuvaiheessa työkavereiden antamat palautteet ohjasivat sen tekemisessä. Teoriaa kerätessä oli positiivista ja innostavaa huomata, että opaslehtiseen kerättäville tärkeäksi koetuille asioille löytyi kirjallisuudesta tutkittua tietoa teorian tueksi, eli asiat eivät olleet niin sanotusti omia keksintöjä.

Asiat, joista sydäntuntoutusryhmässä heräsi keskustelua, kun uutta informaatiolehtistä alettiin työstää, olivat potilaiden halu seurantaan heidän lopettaessa kuntoutumisen Haaparannan terveyskeskuksessa fysioterapeuttien ohjaamassa sydäntuntoutusryhmässä. Potilaiden mielestä suunniteltu seuranta koettaisiin kannustavana ja tärkeänä. Sydänpotilaiden seurannasta saatu tuki on todettu johtavan pitkäaikaiseen käyttäytymismuutokseen. Sillä on todettu olevan merkittävä vaikutus potilaan kykyyn itsenäistyä ja kykyyn hyväksyä sairautensa. (Norrbottens Läns Landsting 2009.)

Potilaiden haluaman seurannan voisi toteuttaa esimerkiksi kolmen- kuuden kuukauden välein, jolloin potilaat viimeistään alkaisivat luottamaan itseensä ja omaan selviytymiseensä. Käyntien aikana voitaisiin mitata veren rasva-arvot eli lipidit, verensokeri, verenpaine, vyötäröympärysmitta ja paino sekä keskustella, miltä arki on tuntunut, kuinka siinä on selvitty (Norrbottens Läns Landsting 2009.) Tätä ajattelua tukevat myös Lindgård, Thulin & Östergren (2005, 85- 86), jotka ovat todenneet, että parhaat tulokset saadaan moniammatillisella kuntoutuksella ja sen antamien tulosten seuraamisella. Toisaalta mietin miksi potilaat olivat niin halukkaita jatkoseurantaan, kokivatko he oman elämän haltuun ottamisen, eli itsestä huolehtimisen pelottavana ja turvattomana. Mietin kuinka ehdottoman tärkeää vertaistuen saanti, erityisesti tässä vaiheessa, potilaalle olisi. Jatkaessani opiskelua terveydenhoitajan ammattitutkinnon saavuttamiseksi, haluan tutkintoon liittyvässä kehittämistehtävässäni käsitellä vertaistuki- aihetta, joka mielestäni on tärkeä ja mielenkiintoinen jatkumo tälle opinnäytetyölleni.

Puheenaiheeksi sydänskuntoutusryhmissä nousi myös sydänsairauteen liittyvät riskitekijät. Riskitekijöistä käytävät keskustelut voitaisiin toteuttaa ryhmässä, jonka ohjaajina toimisivat sairaanhoitaja ja aiheeseen liittyvä ammattilainen, esimerkiksi ravinnosta puhuttaessa ravitsemusterapeutti. Ohjaajat kertoisivat ja herättäisivät keskustelua riskitekijöistä: niiden huomioinnista yhtä tärkeänä seikkana lääkehoidon rinnalla, niistä, joihin ei voi vaikuttaa (ikä, sukupuoli, perimä), sekä niistä, joihin voi vaikuttaa omalla elämisen tavalla ja -laadulla (tupakointi, kolesterolit, verenpaine, vähäinen liikunta, ylipaino, diabetes, stressi, alkoholi). Kun potilaalle kehittyy kyky huolehtia itsestään, hän oppii muuttamaan tiedon jokapäiväiseksi taidoksi. Esimerkiksi riskitekijöihin liittyviä arkipäivän kokemuksia jakaessaan sydänpotilaiden kuntoutusryhmä toimisi toistensa vertaistukena. Ryhmän tarjoama kokemus on todettu motivoivan ja antavan erilaista painoarvoa kuin ryhmän ohjaajan esitys. Ryhmän ja ohjaajien välinen sosiaalinen vuorovaikutus koetaan ryhmässä kuitenkin edelleen tärkeäksi. (Turku 2007, 88.)

Wiikin (2008) Haaparannan sydänskuntoutujien ryhmälle tehdyn opinnäytetyön mukaan fyysisellä kuntoutuksella todettiin olevan tärkeä osuus sydänpotilaan kokonaisvaltaisessa kuntoutumisessa. Tutkimuksessa tuotiin esiin potilaiden kokeman fyysisen aktiviteetin tärkeys sekä fyysisessä että psyykkisessä jaksamisessa. Tutkimus osoitti myös, kuinka tärkeää on saada potilaille positiivinen asenne ja sitä kautta hyvä motivaatio oman terveytensä edistämiseen. Nämä tulokset ovat näkyneet vuosien saatossa muun muassa potilaiden aktiivisella osallistumisella sydänskuntoutukseen. He ovat tulleet kuntoutukseen hyvissä ajoin, tehneet harjoittelun tunnollisesti, aluksi varovaisesti ennen kuin uskaltavat hakemaan rajojaan. Pulssimittarin avulla on aluksi seurattu vointia, myös lääkityksistä on puhuttu. Kuntoutuminen on tapahtunut avoimessa ja positiivisessa ilmapiirissä, ilman stressin tunnetta. Yhdessä ohjaajien kanssa potilaat ovat jakaneet kokemuksiaan. He ovat kertoneet arjen tuntemuksista ja puhuneet terveyskäyttäytymismuutoksista. Onkin positiivista havaita, että Haaparannan sydänskuntoutusryhmässä annettu tuki, ohjaus ja neuvonta ovat saavuttaneet tavoitteen eli vaikuttaneet potilaiden omaan asenteeseen, herättäneet halun ja motivaation huolehtia itsestään. Potilaat ovat sisäistäneet, että he käyvät kuntoutuksessa itseään varten. Tätä sanontaa on alettu käyttää potilaiden keskuudessa jopa kuntoutumisen mottona.

Sydänpotilaiden kuntoutumisryhmiin liittyvänä kehittämistavoitteena näkisin tehokamman moniammatillisen vision, jossa potilas ja hänen omaisensa saisivat ammattitaitoisen ja oikeaan aikaan annettua kokonaisvaltaista informaatiota sydänsairauteen

liittyen. Keskustelu voitaisiin toteuttaa ryhmässä, joka koostuisi sydäntauteihin erikoistuneesta lääkäristä, sydänpotilaista ja heidän omaisistaan. Tilaisuudessa käytäisi läpi sydämen rakenne ja toiminta konkretisoimalla ja kuvin havainnollistaen, sillä oikea ja asiallinen tieto on itsehoidon perusta (Torkkola ym. 2002, 24). Yksilötasolla sydänlääkäri eli kardiologi kertoisi, mitä potilas on käynyt läpi saadessaan sydänoireet ja mahdollisen infarktin. Lisäksi hän kertoisi käytetyistä hoitomuodoista ja hoitovaihtoehtoista, tarvittavista lääkkeistä ja niiden hyöty- ja haittavaikutuksista, sillä tieto auttaa realistisesti ajattelemaan sairautta, eikä tarpeettomasti kahlitse arkea.

Naisille ja miehille voisi suunnata omat sydänryhmät, sillä heidän sairaudenkuva ja oireensa poikkeavat yleensä toisistaan. Tutkimukset osoittavat, että neuvonnan tarve vaihtelee sukupuolen mukaan. Miesten tarpeiden on todettu liittyvän enemmän fyysiseen elämänlaatuun, yleiseen kuntoutumiseen, haluttuun tietoon sepelvaltimotaudista ja tietoon seksuaalielämästä; naiset katsovat tarpeellisemmaksi neuvonnan ruokavaliosta, mielialoista ja energisyydestä. (Suomen Sydänliittoryhmä ry, 2006, 6.)

Käytännössä sydänryhmille voitaisiin järjestää esimerkiksi viikonlopun kestäväenä moniammatillisena yhteistyönä toteutettava kuntoutus- ja virkistystapahtuma. Tapahtumaan voisi sisältyä fysioterapeutin kanssa suoritettu fyysinen aktiviteetti, yhdessä ravitsemusterapeutin kanssa valmistettu terveellinen ruoka, lääkärin sepelvaltimosairaudesta pitämä luento- ja keskustelutilaisuus, psykologin luento ja keskustelutilaisuus mielialakysymyksiin liittyen: ahdistuneisuudesta ja masennuksesta, hyvään uneen vaikuttavista asioista, vaikutuksista parisuhteeseen, miehen ja naisen rooliin ja seksuaalisuuteen. Mukava ja rentouttavaa yhdessäolo on tärkeää vertaistukea ja auttaa muodostamaan arvokkaan tukiverkoston. Sydänpotilaan hyvä hoito ja kuntoutus ovat kokonaisvaltaista toimintaa.

Potilaan kannalta hyödylliseksi katsoisin myös Kelan kanssa järjestettävän yhteistilaisuuden. Sairaudesta johtuvat ansionmenetykset voivat olla stressaavia, siksi potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta on tärkeää saada tietoa mahdollisista tuista ja etuisuuksista. Tämä auttaa selkeyttämään potilaan oikeuksia, mutta myös velvollisuuksia. Tämä kokonaisvaltainen ajattelu tukee myös Wiikin (2008, 5) Haaparannan sydänkuntoutusryhmälle tekemän opinnäytetyön tuloksia.

Moniammatillisesti toteutettua potilaan kokonaisvaltaista tukemista ja auttamista poh-tiessani ja kirjallisuutta tutkiessani, heräsi positiivinen tunne siitä, että työpaikallani Haaparannan terveyskeskuksessa moniammatillinen työtapa on jo ottanut ison harppa-uksen eteenpäin. Tiimissä työskentelee lääkäri, terveydenhoitaja, sairaanhoitaja, fysio-te-rapeutti, toimintaterapeutti kiinteästi yhteistyössä, myös muita ammattiryhmiä on saata-villa tarvittaessa. Työtä ei tehdä omista käsityksistä lähtien, vaan asiakaslähtöisesti, yh-teisistä tavoitteista käsin. Moniammatillisessa yhteistyössä on tavoitteena, että kaikki osallistujat voivat vaikuttaa keskusteluun ja päätöksentekoon ja näin tuoda potilaan ko-konaisvaltaiseen huomiointiin oman näkökulmansa ja osaamisensa (Isoherranen ym. 2008, 34). Tiimeillä on joka kuukausi sovittu palaveri ja keskinäinen konsultointi mah-dollisuus aina tarvittaessa. Kuten hoitotyössä yleensä, aina on kuitenkin kehitettävä, mutta tästä on hyvä jatkaa.

Opinnäytetyöni nyt valmistuessa voin todeta, että matka projektityön maailmaan on ollut hyvin mielenkiintoinen. Se on vienyt paljon voimavaroja, mutta antanut minulle uutta näkökulmaa asiantuntijuuteen kasvussa päivittäessäni sairaanhoitajan tutkintoani ammattikorkeakoulukelpoiseksi. Kuten Jalava ym.(1995, 66) ja Sarvimäki ym. (2009, 134) toteavat, itseään, työtään ja toimintaa on kehitettävä, jotta voi vastata sosiaali- ja terveydenhoitoalan alati kehittyviin haasteisiin. Opinnäytetyöni herätti paljon ajatuksia uusille jatkotutkimusmahdollisuuksille, joku ehkä löytää niistä itselleen mielenkiintoi-sen kehitettävän haasteen.

Lopuksi haluan vielä kiittää opinnäytetyöni ohjaajia, joilta olen saanut arvokkaita aja-tuksia, ohjeita ja neuvoja matkan varrella sekä miestäni, lapsiani ja työpaikallani tiimis-säni työskentelevää lääkäriä, jotka ovat ymmärtäneet, kannustaneet ja innostaneet minua tämän pitkäjänteisyyttä vaativan opinnäytetyöni aikana.

## LÄHTEET

American Heart Association. Luettu 4.4.2011 osoitteesta:

<[http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@hcm/documents/image/ucm\\_300674.pdf](http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@hcm/documents/image/ucm_300674.pdf)>

Aro, Antti 2003. Ravinnon K-vitamiini ja antikoagulanttihoito. Duodecim 119 (5), 426.

Bergström, Lena & Jonsson, Magdalena & Lindström, Kerstin & Stålnacke, Pia & Vidtfelt, Johan & Öberg, Eva 2009. Implementering av socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård gällande sjukgymnastik – slutrapport. Luettu 19.10.2010 osoitteesta: <[www.nll.se/Slutrapport%20Implementering%20av%20socialstyrelsens%20riktlinjer%20](http://www.nll.se/Slutrapport%20Implementering%20av%20socialstyrelsens%20riktlinjer%20)>.

Entreprenör Centrum Norrbotten. Fakta om Norrbotten. Luettu 29.5.2011 osoitteesta:

<<http://www.entreprenorcentrum.se/default.asp?pageid=26699>>

Heikkilä, Juhani & Huikuri, Heikki & Luomamäki, Kimmo & Nieminen, Markku S. & Peuhkurinen, Keijo 2000. Kardiologia. Duodecim. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Heikkilä, Asta & Jokinen, Pirkko & Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen.

Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Oppimateriaalit Oy. WSOY

Hjärt- Lungfonden. Så fungerar hjärtat. Luettu 19.10.2010 osoitteesta:

<<http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Sa-fungerar-hjartat-och-lungorna/Hjartat/>>

Hoitoketju. Sepelvaltimotaudin ehkäisy ja hoito Jorvin sairaanhoitoalueella. 1999. Luettu 19.8.2011 osoitteesta : < <http://www.gernet.fi/ohjeet/sepelvaltimo.pdf>>

Hämäläinen, Helena & Monica, Röberg 2007. Kokonaisvaltainen katse sydänekuntoutukseen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 88. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

Implementering av socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård gällande sjukgymnastik–  
slutrapport. Luettu 18.10.2010

osoitteesta:

<<http://www.google.fi/#hl=sv&source=hp&biw=1680&bih=863&q=implementering+a+v+socialstyrelsens+riktlinjer+f%C3%B6r+hj%C3%A4rtsjukv%C3%A5rd+g%C3%A4llande+sjukgymnastik&aq=f&aqi=&aql=&oq=&fp=c52c17e587fb9453>>.

Isoaho, Raimo 2003. Erikoislääkärin uutiset. Duodecim 119 (5), 419.

Isoherranen, Kaarina 2004. Moniammatillinen yhteistyö. Werner Söderström Osakeyhtiö 1.-2. painos. WSOY, Helsinki.

Isoherranen, Kaarina & Rekola, Leena & Nurminen, Raija 2008. Enemmän yhdessä-  
moniammatillinen yhteistyö. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki

Jalava, Urpo & Petri, Virtanen 1995. Moniammatillinen projektitoiminta avain hyvin-  
vointipalvelujen tulevaisuuteen. Kirjayhtymä Oy, Tampere.

Julkunen, Juhani & Saarinen, Timo & Idänpään- Heikkilä, Ulla, & Salla, Risto 2000.  
Sydäntautien tuloksellisuus. Kontrolloitu seurantatutkimus. Yliopistopaino, Helsinki.

Järvi, Ulla 2010. Sydäntautien ehkäisy voi tuottaa myös epätasa-arvoa. Lääkärilehden  
uutisia. Julkaistu 25.8.2010. Luettu 18.10.2010 osoitteesta:

<[http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?type=1/news\\_id=9296/Syd%E4ntautien+ehk%E4isy+voi+tuottaa+my%E4s+ep%E4tasa-arvoa](http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?type=1/news_id=9296/Syd%E4ntautien+ehk%E4isy+voi+tuottaa+my%E4s+ep%E4tasa-arvoa)>

Karlsson, Åke & Marttala, Anders 2001. Projektikirja. Onnistuneen projektin toteuttaminen. Tammer- Paino Oy, Tampere.

Kattainen, Eija 2004 Pitkittäistutkimus sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaiden terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Kuopion Yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen tieteellinen jatkokoulutus.

Kauppinen, Raili. 2006. Sisätautien ytimessä. Edita Prima Oy, Helsinki.



Kettunen, Sami 2003. Onnistu projektissa. WSOY, Helsinki.

Kranskärlsjukdomar. Socialstyrelsen. Luettu 19.10.2010

osoitteesta:

<<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforhjartsjukvard/omriktlinjerna/omradenihjartriktlinjerna/kranskarlssjukdomar>>

Kummel, Mika 2008. Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn. Akateeminen väitöskirja. Turun Yliopisto, Turku.

Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria & Poskiparta, Marita, & Johansson Kirsi & Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.

Kähäri-Wiik, Kaija & Niemi, Aira & Rantanen, Anneli 2006. Kuntoutuksella toimintakykyä, Oppimateriaalit Oy, 5. uudistettu painos. WSOY, Helsinki.

Liimatainen, Leena & Hautala, Pirkko & Perko, Ulla 2005. Potilasohjausta kehittämässä. Innostusta ja innovaatiota. Jyväskylä AMK, Jyväskylä.

Lindgärde, Folke & Thomas, Thulin & Jan, Östergren (red) 2005. Kärlsjukdomar, lärobok i medicinsk angiologi. Studentlitteratur Lund. Narayana Press, Denmark.

Lipponen, Kaija & Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit. Oulun Yliopisto. Hoitotieteen - ja terveyshallinnon laitos, Oulu.

Lohiniva-Kerkelä, Mirja 2004. Terveystenhuollon juridiikka. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Löow, Monica.2002. Onnistunut projekti. Projektijohtamisen ja – suunnittelun käsikirja. WS Bookwell Oy, Helsinki.

Mustajoki, Pertti 2009. Lääkärikirja Duodecim 15.12.2009. Luettu 18.10.2010 osoitteesta: <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ldk0011](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ldk0011)>

Mäkijärvi, Markku & Kettunen, Raimo & Kivelä, Antti & Parikka, Hannu & Yli-Mäyrä, Sinikka 2008. Sydänsairaudet. Duodecim Suomen Sydänliitto ry. Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna.

Nienstedt, Walter & Hänninen, Osmo & Arstila, Antti & Björkqvist, Stig-Eyrik 2004, Ihmisen fysiologia ja anatomia 15. painos. WS Bookwell Oy, Porvoo.

Norrbottnens Läns Landsting. Sjukgymnastisk behandling för patienter efter hjärthändelse gällande rutin. Luettu 18.10.2010 osoitteesta:

<<http://www.nll.se/webb/Medicinska-specialiteter/Stab/Hjartsjukvard-i-Norrbotten/Handlaggningsoverenskommelse-Hjartsjukvard/>>

Norrbottnens Läns Landsting 2009. Implementering av socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård gällande sjukgymnastik – slutrapport. Luettu 18.10.2010 osoitteesta: <[www.nll.se/upload/IB/me/stme/Hjarta/Slutrapport%20Implementering%20av%20socialstyrelsens%20riktlinjer](http://www.nll.se/upload/IB/me/stme/Hjarta/Slutrapport%20Implementering%20av%20socialstyrelsens%20riktlinjer)>

Näveri, Hannu 2004. Sepelvaltimotauti, diagnoosi ja hoito. Sepelvaltimotaudin invasiivinen hoito. Leiraksen käytännön lääkäri 47 (4), 12 – 17.

Paasivaara, Leena & Suhonen, Marjo & Juhani, Nikkilä 2008. Innostavat projektit. Silverprint, Sipoo.

Persson, Jerker & Stagmo, Martin 2008. Perssons Kardiologi. Hjärtsjukdomar hos vuxna. upplaga 6:1. Studentlitteratur. Narayana Press, Denmark.

Pietilä, Anna-Maija 2010. Terveystiedon edistäminen. Teorioista toimintaan. 1. painos. WSOY Oy, Kuopio.

Rantala, Maire & Virtanen, Vesa 2008. Kannattaako sydänpotilaan kuntoutus? Duodecim 124 (3), 254 - 260. Luettu 20.10.2010 osoitteesta:

<[http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&doAsUserId=jdlyrxbirea\\_vafv&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_\\_spage=%2Fportlet\\_action%2Fdlehtihakuartikke-li%2Fviewarticle%2Faction&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_tunnus=duo97021&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_frompage=uusinnumero](http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&doAsUserId=jdlyrxbirea_vafv&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikke-li%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo97021&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero)>

Rissanen Paavo, Tapani Kallaranta & Asko Suikkanen 2008. Kuntoutus. Duodecim, Helsinki.

Rissanen, Tapio 2002. Projektilla tulokseen - projektin suunnittelu, toteutus, motivointi ja seuranta. Täsmäase projektityöhön. Pohjantähti, Jyväskylä.

Ruuska, Kai. 2007. Pidä projekti hallinnassa. 6. tarkistettu painos. Talentum, Helsinki.

Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina 2009. Hoitotyön etiikka. Edita Prima, Helsinki.

Sepelvaltimotaudin rintakivun sijainti. Luettu 20.10.2010

osoitteesta: <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikke](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikke)>

Sepelvaltimotauti 2006. Poliklinikka. Sydänterveyskanava. Päivitetty 5.11.2007. Luettu 19.10.2010 osoitteesta:

<<http://www.poliklinikka.fi/sydanterveyskanava/artikkelit/sepelvaltimotauti-1234716>>

Silfverberg, Paul 2007. Ideasta projektiksi, Projektityön käsikirja. Edita Prima Oy, Helsinki.

Sjukgymnastisk behandling för patienter efter hjärthändelse gällande rutin.

Luettu 18.10.2010 osoitteesta:

<<http://www.nll.se/webb/Medicinska-specialiteter/Stab/Hjartsjukvard-i-Norrboten/Handlaggningsoverenskommelse-Hjartsjukvard/>>

Suomen Sydänliitto ry. Naisen sydän. Tietopaketti sydäimestä. Luettu 3.8.2011  
osoitteesta: < <http://www.naisensydän.fi/terveysasema/sydantietoa.html>>

Suomen Sydänliitto ry 2006. Sepelvaltimokuntoutuksen käsikirja. Suomen Sydäntautiliitto ry.

Suomen Sydänliitto ry 2006. Sepelvaltimotauti ja liikunta. Erweko Painotuote Oy, Helsinki.

Suomen Sydänliitto ry 2010. Mitä sydänkuntoutus on? Luettu 30.5.2011 osoitteesta:  
<<http://www.sydänliitto.fi/kuntoutus> 13.10.2010>

Sydänkliinikka. Terveyskliinikka. Tohtori.fi. 28.06.2007. Luettu 3.8.11 osoitteesta:  
<<http://www.tohtori.fi/?page=8391453&id=5177094>>

Sydän. Wikipedia. Luettu 19.10.2010. Osoitteesta: [fi.wikipedia.org/wiki/Sydän](http://fi.wikipedia.org/wiki/Sydän).

Sydäninfarktinsynty 2007. Lääkärikirja Duodecim. 14.2.2007. Luettu 18.10.2010 osoitteesta: <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ldk00111](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ldk00111)>

Så fungerar hjärtat. Hjärt-lungfonden. Luettu 19.10.2010 osoitteesta:  
< <http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Sa-fungerar-hjartat-och-lungorna/Hjartat>.

Torkkola, Sinikka. Johdanto terveystietoon. Luettu 21.8.2011 osoitteesta:  
<[http://www.uta.fi/laitokset/tiedotus/opiskelu/Torkkola\\_Johdanto\\_terveystietoon.pdf](http://www.uta.fi/laitokset/tiedotus/opiskelu/Torkkola_Johdanto_terveystietoon.pdf)>

Torkkola, Sinikka 2002. Mitä terveystietoa on? Jyväskylän yliopiston avoin yliopisto. Luettu 21.8.2011 osoitteesta:  
<<http://www.avoin.jyu.fi/optimakurssit/terveystieto/terv102/osa-terveystietoa/mita-terveystietoa-on>>

Torkkola, Sinikka 2002. Terveystietoa. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Torkkola, Sinikka & Heikkinen, Helena & Tiainen Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Tammer- Paino Oy, Tampere.

Turku, Riikka 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.

Verenpaineclinikka. Terveysclinikka. Tohtori.fi. Luettu 10.5.2011 osoitteesta: <<http://www.tohtori.fi/?page=6229732&id=1107713>>

Vilen, Marika & Leppämäki, Päivi & Ekström, Leena. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3. uudistettu painos. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.

Wiik, Johanna 2008. Fysisk aktivitet som hälsofrämjande åtgärd vid hjärtrehabilitering. En kvalitativ studie ur patientperspektiv. Examensarbete för utbildningsprogrammet i hälso- och sjukvård. Sjuksköterska, omvårdnad inom medicin och kirurgi, Kemi. Opinnäytetyö.

Zaret, Barry L. 1992. Yale University School of Medicine HEART BOOK. Luettu 3.4.2011 osoitteesta: <<http://www.med.yale.edu/library/heartbk/28.pdf>>, 349 – 358.

.

## LIITTEET

Liite 1. Borgin asteikko, RPE-taulukko

**Miltä rasitus tuntuu nyt?\***

	Miltä rasitus tuntuu?	Sopivuus	Havainnoi hengitystä
6			
7	erittäin kevyt		normaali hengitysrytmi
8			
9	hyvin kevyt		
10			
11	kevyt	sopii kaikille	hengitys kiihtyy (puhuminen sujuu)
12			
13	hieman rasittava	sopii terveys- ja kuntoliikkujiille	hengästyttää (puhuminen vaikeutuu)
14			
15	rasittava		
16		sopii kovalle kuntoilijoille ja urheilijoille silloin tällöin	puuskuttaa (puhuminen mahdotonta)
17	hyvin rasittava		
18			
19	erittäin rasittava		
20			

\*ns. Borgin asteikko

UKK-instituutti

## Borgin asteikko, RPE-taulukko

Ruotsalainen tutkija Gunnar Borg loi nimeään kantavan asteikon helpottamaan fyysisen kuormituksen kuvaamista. Sitä kutsutaan myös RPE-taulukoksi. Nimi tulee englannin - kielisistä sanoista Rate of Perceived Exertion (RPE), koetun rasituksen aste. Borgin asteikoksi kutsuttava taulukko muunnelmineen on levinnyt moneen eri sovellukseen terveydenhuollossa. Taulukkoa voidaan hyödyntää arvioitaessa harjoittelun tai liikunnan suhteellista kuormittavuutta.

**OLET SYDÄMELLISESTI TERVETULLUT  
HAAPARANNAN TERVEYSKESKUKSEN  
SYDÄNKUNTOUTUSRYHMÄÄN**



**PIDÄ HUOLTA ITSESTÄSI,  
OLEMME TUKENASI.**

## INFORMAATIOLEHTINEN

**Hei!**

**Olet sydämellisesti tervetullut Haaparannan terveystieteiden keskuksen sydän-kuntoutusryhmään.**

Ennen tänne tuloa olet käynyt läpi akuutin infarktin ja saanut siihen liotushoidon, tai sinulle on tehty pallolaajennus (PTCA) tai ohitusleikkaus (CABG). Sinulle on tehty myös kliininen sydänrasituskoet, jonka perusteella lääkäri on antanut meille ohjeet kuormitustasostasi ja mahdollisista rajoituksista kuntoutuksen aikana. Jos olet itse soittanut kiinnostuksestasi kuntoutusryhmäämme mukaan tulosta, selvitämme lähtötilanteesi lääkärisi kanssa.

**Sydänkuntoutusryhmään** sinut kutsutaan, kun sydämeesi tehdystä toimenpiteestä on kulunut kuusi-kaheksan viikkoa. **Kuntoutusjakson pituus** vaihtelee kahdesta kuuteen kuukauteen, riippuen kuntoutumisestasi.

**Kontraindikaatioita (estäviä tekijöitä)** järjestämällemme kuntoutumiselle ovat: vaikea sydämen vajaatoiminta, neurologiset tai ortopediset vaivat ja epästabili angiina (kipuja esiintyy helposti rasituksessa ja jopa levossa).

**Ryhmässä on paikka** kahdeksalle kuntoutujalle. Kaikki kuntoutujat ovat läsnä saman asian vuoksi, joten kaikilla on samansuuntaiset tavoitteet ja toiveet. Huomioitava on kuitenkin, että **jokainen on oma yksilönsä**, joten lähtökohdat ovat jokaisella erit. Senkään vuoksi kilpailutilanteita ei pidä syntyä.



**Ennen kuntoutuksen aloittamista** sinulle järjestetään henkilökohtainen käynti fysioterapeutin luona. **Ensikäynnillä** käynte läpi taustatietosi, fyysisen suorituskykysi, motivaatiosi kuntoiluun, kuntoilutottumuksesi sekä mahdolliset pelkosi liikunnallisiin aktiviteetteihin ja fyysiseen rasitukseen. Samalla käynnillä voitte mahdollisesti jo yhdessä suunnitella omaehtoisesti suoritettavaa harjoitusohjelmaa kotiin.

**Kuntoutusryhmässä on mukana** kaksi fysioterapeuttia tai fysioterapeutti ja sairaanhoitaja sinua varten. Kuntoutuksesta vastaava lääkäri on myös tarvittaessa käytettävissä.

**Fyysinen kuntoutus järjestetään aina samaan aikaan ja samassa paikassa**, jos emme muuta ilmoita (esimerkiksi sauvakävelyä kesän tullessa). **Kuntoilemme kaksi kertaa viikossa, 70 minuuttia kerrallaan.**

**Ota mukaan** jumppavaatteet, juomapullo ja mahdollisesti pyyhe. Näin harjoittelu tuntuu mielekkäämmältä.

**Harjoitus koostuu** kuntoa nostavasta ja liikkuvuutta lisäävästä harjoittelusta sekä voima- ja koordinaatioharjoittelusta. Lopussa suoritetaan rentoutus. Harjoittelu on intervalliharjoittelua eli kuntopyörällä polkemista ja lattialla suoritettavaa jumppaa. Käytössämme on aluksi pulssi - ja verenpainemittarit. Rasittuneisuutta tulemme mittaamaan niin sanotulla ”BORGIN” asteikolla, joka sinulle on todennäköisesti tuttu jo aikaisemmista sydänasiayhteyksistä (polkupyöräergometria kokeesta). Tarvittaessa käytämme myös 1-10 olevaa kipuasteikkoa (”VAS- asteikko”= visuell analog skala).

**Muista olla rehellinen itsellesi kuunnellessa kehoasi. Sinä olet kuntosi paras asiantuntija.**

**Kuntoutumisjaksosi aikana** meillä on mahdollisuus käyttää moniammatillisia resursseja kuten esimerkiksi lääkäriä, psykologia, ravitsemusterapeuttia ja sydän - ja keuhkotautiliiton edustajaa. Järjestämme tilaisuuksia, jossa voimme keskustella muun muassa päihteistä, lääkkeiden vaikutuksesta ja niiden merkityksestä, yleisestä jaksamisesta, levosta, ravinnosta ja liikkumisen merkityksestä sekä tulevaisuudestasi lopettaessasi ohjatussa kuntoutusryhmässämme. Keskustelemme asioista, jotka liittyvät sydänsairauksiin sekä niiden riskitekijöihin. Toivomme, että myös perheenjäsenesi voisivat olla silloin paikalla.

**Taukoa** yhteisistä kuntoutustuokioista tulemme pitämään hiihtoloman, kesäloman ja joululoman aikoihin, joista ilmoitamme erikseen.

**Kun yhdessä huomaamme, että pärjää jo hienosti, tunnet olosi turvalliseksi ja olet sisäistänyt kuntoutumiseesi liittyvät tärkeät asiat,** päätämme ryhmäkuntoutumisesi ja annamme loppuraportin hoidosta vastaavalle lääkärille. Samalla mietimme sopivaa harjoittelua itsenäisesti toteutettavaksi. Liikkumisenhan ei pidä rajoittua vain niihin kertoihin, kun olemme yhdessä, vaan toivomme, että siitä **jää pysyvä ja mielekäs elämäntapa päivittäisesti toteutettavaksi.**

**Vaihtoehtoina omatoimiseen liikunnan harrastamiseen** voivat olla eri järjestöjen ohjaamat jumpat ja tapahtumat. Esimerkiksi Haaparannalla toimivan ”Korpen”- liikuntajärjestön aktiviteetit tai Haaparannan Sydän- ja Keuhkoliiton järjestämät tilaisuudet. Ne voivat olla luonnollinen siirtymä itsenäistymisessä. Liittymällä paikallisen **Sydän- ja Keuhkoliittoon jäseneksi**, saat mukavan ja sosiaalisen **vertaistukiryhmän** erilaisine aktiviteetteineen.

Terveyskeskuksesta voit saada myös **”FAR” (fyysinen aktiviteetti)-reseptin**, jossa sinulle suunnitellaan sopiva liikuntasuositus. Sen toteutusta voidaan seurata yhdessä sovitun ajan kuluttua.

**Mikäli jokin asia askarruttaa mieltäsi**, kerro se meille. Haluamme mielellämme palautetta, joka auttaa kehittämään toimintaamme.

**Sitoudu kuntoutukseen ja ajattele hyvinvointiasi. Olemme tukenasi.**

**ELI LYHYESTI VIELÄ:**

**Sydänkuntoutusryhmämme** kokoontuu **joka tiistai ja torstai kello 14.30- 15.45.**

**Ilmoittaudu kassalla** joka kerta kun tulet, niin saamme rekisteröityä sinut mukaan.

**Kertamaksu** on 100 kr. (Jos sinulla on vapaakortti, voit käyttää sen edun kortin voimassaolo ajan.)

**Tule ajoissa**, jotta sydämesi voi rauhoittua tulevaa turvallista koitosta varten.

Ota mukaasi **positiivinen ja pirteä mieli.**

**Jos sinulla on ollut huono päivä**, kerro meille siitä.

**Jos olet sairastanut**, levähdä ja hoida itsesi kuntoon.

**Jumppavaatteet ja–kengät, juomapullo ja pyyhe** ovat hyvä olla mukana. Silloin liikuntahetki tuntuu mukavammalta.

**Muista, että tulet kuntoutusryhmäämme vain itsesi vuoksi. Tämä on yksi tärkeä asia matkallasi takaisin mahdollisimman hyvään ja täysipainoiseen elämään!**

**Mikäli sinulla herää kysymyksiä** tai muuten tarvitset ottaa meihin yhteyttä (esim. jos olet sairastunut ja jäät pois jumpasta), soita fysioterapeuteillemme arkipäivisin klo 08.00-16.00:

**EILA 0922-25148,  
JAN 0922-25145**

**HYÖDYLLISIÄ LINKKEJÄ:**

[www.sydanliitto.fi](http://www.sydanliitto.fi).

[www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi)

[www.hjart-lung.se](http://www.hjart-lung.se)

”Me elämme tässä ja nyt. Tämä hetki on huominen.  
Kaikki mitä teemme, teemme itsellemme.”

Marjo Lahdenranta

